



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

ROBERTA RAYANE DA CUNHA BARBOSA

O ATENDIMENTO DAS ASSISTENTES SOCIAIS NOS
CAPS II DO DISTRITO FEDERAL

Brasília

2013



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

ROBERTA RAYANE DA CUNHA BARBOSA

O ATENDIMENTO DAS ASSISTENTES SOCIAIS NOS
CAPS II DO DISTRITO FEDERAL

Monografia submetida ao Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília (UnB) como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Dr. Lívia Barbosa

Brasília

2013

BARBOSA, Roberta Rayane da Cunha.

O atendimento das assistentes sociais nos CAPS II do Distrito Federal. Pg. X. 2013

Orientadora: Dra. Livia Barbosa

Trabalho de Conclusão de curso (graduação) - Universidade de Brasília, curso de Serviço Social, 2010.

1. Loucura. 2. Deficiência. 3. CAPS II. 4. Assistente Social. I. Barbosa, Livia. II Universidade de Brasília. III. O atendimento das assistentes sociais nos CAPS II do Distrito Federal.

ROBERTA RAYANE DA CUNHA BARBOSA

O TRABALHO DAS ASSISTENTES SOCIAIS NOS CAPS II DO DISTRITO
FEDERAL

Monografia submetida ao Departamento de
Serviço Social da Universidade de Brasília (UnB)
como parte dos requisitos para a obtenção do grau
de Bacharel em Serviço Social.

Banca examinadora:

Prof.^a Dra. Lívia Barbosa Pereira

Orientadora

(Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília – SER/IH/UnB)

Ms. Wederson Santos

(Assistente Social do INSS)

Prof.^a Dra. Andreia de Oliveira

(Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília – SER/IH/UnB)

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus por me iluminar ao trilhar meu caminho profissional, pois graças a Ele vencerei mais essa etapa.

À minha mãe Eliane, por sempre acreditar no meu potencial, a primeira pessoa que sempre me apoiou na escolha do curso, que sempre vislumbra que eu tenha um grande futuro tanto profissional quanto pessoal e não mede esforços ao apoiar meus passos rumo às minhas conquistas. Meu eterno agradecimento e amor. Essa é uma vitória sua também.

Ao meu namorado Abner por me apoiar em todos os momentos de desespero me dando todo o suporte que eu precisava e sempre me impulsionando a continuar mesmo nos momentos mais difíceis, assim como por entender minhas ausências enquanto produzia a monografia. Agradeço com amor e carinho.

À minha orientadora Livia, por ter aceitado me orientar nessa etapa tão importante, e por toda a paciência e atenção nas explicações desde o PTCC ao TCC contribuindo assim para o meu crescimento.

Agradeço à professora Andreia de Oliveira e ao Wederson Santos por terem aceitado o convite em participar dessa banca.

À minha supervisora de campo do estágio Vilmara Macedo, pois graças ao seu apoio e seus ensinamentos me mostrou que devo ser uma futura profissional tão competente quanto ela. Agradeço de coração por tudo, assim como pela amizade que construímos no estágio e estamos levando além. E me aguarde, pois me apaixonei pelo campo de trabalho e com toda certeza trabalharemos juntas.

Agradeço às assistentes sociais dos CAPS II do Distrito Federal que gentilmente aceitaram participar da pesquisa.

À minha prima Maria de Fátima, que sempre ao almoçar comigo todas as terças-feiras se preocupava se eu estava caminhando bem na produção da monografia. Pois ela com todo amor e carinho demonstra essa preocupação fraternal, por isso é tão especial na minha vida.

À minhas amigas Gessyca Santiago e Jéssica Fonseca por dividirem comigo as angustias nesse momento tão decisivo nas nossas vidas, por estarem sempre ao meu lado. Agradeço de coração pela amizade a qual construímos no nosso curso e que estamos levando além.

Agradeço a todas as professoras e professores do Departamento de Serviço Social, foram pessoas essenciais em minha formação acadêmica.

Agradeço em especial à minha mãe, ao Abner e a Gessyca pela revisão deste meu trabalho.

Aos que não pude me recordar aqui, sintam-se agradecidos e agradecidas.

"O que me assusta não é a violência de poucos, mas a omissão de muitos. Temos aprendido a voar como os pássaros, a nadar como os peixes, mas não aprendemos a sensível arte de viver como irmãos".

Martin Luther King

RESUMO

A loucura não é vista tradicionalmente como deficiência, apesar da opressão pelo corpo compartilhada por pessoas em sofrimento mental e pessoas com deficiência, são pessoas cuja classificação pelos saberes biomédicos é feita de forma distinta. Devido à nova compreensão de deficiência a partir da Convenção sobre os Direitos das Pessoa com Deficiência, no entanto, estes conceitos foram aproximados. A partir da Convenção, pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos e ao interagir com barreiras sociais tem sua participação restringida. Nesse contexto, o presente trabalho tem como objetivo analisar se o trabalho desenvolvido pelas assistentes sociais é pautado por uma noção social ou biomédica da deficiência, nos Centros de Atenção Psicossocial II (CAPS II) do Distrito Federal, buscando apreender e analisar a atuação destes profissionais nesses serviços, assim como identificar dificuldades existentes na atuação profissional. Para alcançar o objetivo deste trabalho foram realizadas entrevistas com as profissionais de todos os CAPS II do Distrito Federal. As conclusões sugerem que não há um consenso entre as assistentes sociais dos CAPS sobre o transtorno mental como uma deficiência, mas que se pode argumentar que a loucura está incorporada na compreensão de deficiência e mesmo que as assistentes sociais não assumam a aproximação conceitual, sua atuação é pautada pelo modelo social da deficiência.

Palavras chaves: Loucura, deficiência, CAPS II, assistente social.

ABSTRACT

The madness is not traditionally seen as disabled, despite the oppression by the body shared by people in mental distress and people with disabilities are people whose classification is made by biomedical knowledge differently. Due to new understanding of disability from the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, however, these concepts were approximate. From the Convention, persons with disabilities include those who have long and interact with social barriers have restricted their participation. In this context, this paper aims to analyze the work done by social workers is guided by a sense of social or biomedical deficiency in Psychosocial Care Centers II (CAPS II) of the Federal District, seeking to understand and analyze the performance of these professionals these services, as well as identifying difficulties in professional practice. To achieve the objective of this study, interviews were conducted with professionals from all CAPS II of the Federal District. The findings suggest that there is a consensus among the social workers of CAPS on mental illness as a disability, but it can be argued that insanity is incorporated in the understanding of disability and even social workers do not take the conceptual approach, its performance is guided by the social model of disability.

Keywords: Madness, disability, CAPS II, social worker.

LISTA DE ABREVIATURA

CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial - II
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas
CEP/IH	Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas
CERSAM	Centros de Referência em Saúde Mental
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
OMS	Organização Mundial da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
CAPÍTULO 1	19
1.1. REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	19
1.2. POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL	23
1.3. CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS II.....	27
CAPÍTULO 2	30
2.1. DEFICIÊNCIA E LOUCURA.....	30
CAPÍTULO 3	35
3.1. METODOLOGIA.....	35
3.1.1. Procedimentos metodológicos (<i>Entrevista com os profissionais</i>)	35
3.1.2. Conduta ética	36
3.1.3. As entrevistas.....	36
3.1.4. Análise dos dados.....	37
CAPÍTULO 4	38
4.1. ANÁLISE DE DADOS	38
4.1.1. O trabalho desenvolvido.....	38
4.1.2. A loucura como um conceito arbitrário	45
4.1.2.1. Os direitos.....	50
4.1.3. O transtorno e a capacidade para o trabalho	52
4.1.3.1. O adoecimento.....	53
4.1.4. Cuidados.....	56
CONCLUSÃO.....	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
ANEXOS.....	70
ANEXO A: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.	70

INTRODUÇÃO

O Movimento de Reforma Psiquiátrica se desenvolveu no Brasil concomitante ao Movimento da Reforma Sanitária ao longo dos anos 1970 e 1980, lutavam pela melhoria da atenção à saúde sendo seus serviços distribuídos de forma mais democrática e equitativa, mas ambos tinham suas particularidades.

A Reforma Sanitária representa uma luta pela reformulação de todo o sistema de saúde que inspirou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) integral, participativo, equitativo, descentralizado, com garantia de gratuidade e universalização do direito à saúde, mas a criação do SUS foi apenas uma das conquistas do movimento. O movimento contava com a participação de profissionais da área da saúde, lideranças populares, parlamentares de esquerda, intelectuais e estudantes da saúde, dentre diversos outros atores sociais, que buscavam além da unificação do sistema de saúde, uma transformação de todo o campo da saúde no Brasil, na busca da saúde como um direito de todos a ser garantido pelo Estado sendo contra a privatização da saúde elaborando as bases financeiras, o conceito ampliado de saúde e a criação de instâncias de participação social. Já a Reforma Psiquiátrica representa uma luta pela superação do modelo asilar de tratamento a pessoas com transtornos mentais. A Reforma redireciona o paciente para o cuidado integral em serviços abertos e comunitários com vistas a preservar os vínculos sociais e os direitos de cidadania. Transforma as políticas sociais de saúde mental de forma a alterar a assistência dada à pessoa com transtornos mentais. A Reforma é um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, assim como também mudança no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que esse processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005). O Movimento da Reforma Psiquiátrica é respaldado pela Lei 10.216 de 2001 e por diversas portarias implantadas pelo Ministério da Saúde.

O Serviço Social surge no Brasil como profissão nos anos 1930 a 1945, e o campo da saúde não era o que mais concentrava assistentes sociais. A partir de 1945 o Serviço Social se expande no país, e nessa época o campo da saúde passa a absorver muitos assistentes

sociais devido ao contexto internacional e nacional da época logo após o termino da 2ª Guerra Mundial e ao novo conceito de saúde que se difunde pelo mundo em 1948 pela OMS - Organização Mundial da Saúde -, onde a saúde passa a ter considerações a partir de aspectos biopsicossociais (AGUIAR, 2011).

Com esse novo conceito as equipes de trabalho na área da saúde passaram a ser multidisciplinares. O assistente social tinha um papel educativo com uma intervenção normativa, para adequar os hábitos de higiene e saúde na vida das pessoas com uma ação preventiva, assim como também age de forma embrionária na viabilização do acesso dos usuários aos serviços de saúde (AGUIAR, 2011).

A profissão sofreu profundas transformações após 1964. Nos anos 1960 a profissão estava em processo de modificação questionando o seu conservadorismo, mas esse processo de crítica foi interrompido pelo golpe militar de 1964. Onde o assistente social na saúde trabalhava com práticas curativas, na assistência médica previdenciária, com um trabalho mais burocratizado e psychologizante. Nos anos 1970 o trabalho do assistente social não se altera, mesmo que no bojo da profissão estava ocorrendo um processo de aprofundamento teórico e uma crítica com vistas à renovação da profissão.

Nos anos 1980 o Serviço Social que tinha passado por um movimento de reconceituação pela ruptura com o conservadorismo e aliança à tradição marxista, se encontrava em um cenário político de lutas, pois nessa conjuntura havia a luta pela Reforma Sanitária, que vinha desde meados dos anos 1970 e estava fortalecida, tendo como marco a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Assim também como o avanço da Constituição de 1988, que garantia a integração da saúde, previdência e assistência social à Seguridade Social (BRAVO; MATOS, 2006).

Com a Reforma Sanitária e a reformulação no sistema de saúde com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), e a saúde sendo um direito do cidadão e dever do Estado, o modelo de atenção à saúde se ampliou a partir da adoção e aplicação do paradigma social da saúde. Segundo Eugênio Villaça Mendes (1996), o paradigma social da saúde é uma nova concepção do processo saúde-doença, sendo que antes a saúde era entendida como ausência de doença passa então a ser entendida a partir de quatro dimensões: biologia humana, estilos de vida, meio ambiente e serviços de saúde. É a articulação da saúde a condições de vida.

Onde a saúde constitui a partir de uma relação de equilíbrio entre o homem e seu meio. Esse novo paradigma se desenvolve pela teoria da produção social da saúde, que tudo que existe é produto do homem, numa determinada sociedade e determinado momento tudo aquilo que acontece nessa sociedade pode acumular ou desacumular saúde em virtude do jogo social (MENDES, 1996).

Devido à adesão desse paradigma e com isso o aumento da preocupação com as determinações sociais do processo saúde-doença que o assistente social teve a saúde como o maior campo de trabalho¹. Mesmo com o processo de reconceituação da profissão sendo concomitante à Reforma Sanitária e os assistente social ter ações relacionando os ideais da Reforma Sanitária com o projeto ético-político da profissão, esse dois processos de mudanças não se articularam diretamente, e “os avanços conquistados pela profissão no exercício profissional são considerados insuficientes, pois o Serviço Social chega à década de 1990 ainda com uma incipiente alteração no trabalho institucional” (CFESS, 2010, p.25).

A Reforma Sanitária desencadeou conquistas no campo normativo, na Constituição Federal de 1988 e na Lei 8.080/90, na Constituição o conceito de saúde ressalta as expressões da questão social ao colocar a saúde como um dever do Estado e direito de todos que deve ser garantido por políticas sociais do governo, assim como indica que os determinantes sociais, econômicos e culturais e condicionantes que influenciam no processo de saúde-doença que também devem ser garantidos (CFESS, 2010). Sendo o assistente social um profissional que intervém nas manifestações da Questão Social, atendendo à demandas sociais da sociedade de forma a amenizar as expressões da contradição capital x trabalho, o campo da saúde necessita da atuação do assistente social, pois devido ao contexto social, político e econômico e as relações de trabalho atuais, “a saúde do trabalhador vem se apresentando como uma importante área de atuação do assistente social nas últimas décadas” (CFESS, 2010, p.40).

Mas atualmente devido ao projeto político econômico do Brasil – neoliberalismo- se confrontar com o projeto profissional crítico da profissão e os ideais da reforma sanitária,

¹ Devido à ampliação do conceito de saúde para além de uma dimensão curativa visando determinantes sociais no processo de saúde-doença, a saúde passou a ser o principal campo de atuação do assistente social.

os avanços foram insuficientes e a prática institucional ainda é desafiante no sentido de conexão entre o discurso e o trabalho desenvolvido, devido à ofensiva neoliberal que não valoriza a seguridade social – composta pela saúde, previdência e assistência social (BRAVO; MATOS, 2006). Então o serviço social deve ter uma ação articulada com os segmentos que defendem a contínua melhoria do SUS no sentido de formular estratégias para a real efetivação e na defesa intransigente do direito social à saúde, pois o projeto da profissão deve estar articulado com os ideais da reforma sanitária. O exercício profissional deve ser consciente, crítico, criativo e politizante, na busca de uma sociedade livre, justa e mais igualitária (BRAVO; MATOS, 2006).

Há registros do início da inserção do Serviço Social na saúde mental datados de 1946. Sendo nessa época também era o início da profissão como tal, não havia muitos assistentes sociais trabalhando nessa área (BISNETO, 2011). Como a profissão tinha um viés filantrópico e conservador nos seus primórdios, sua atuação era direcionada apenas à massa mais pobre da população, devido a esse caráter não existiam muitos empregos nessa área, era mínima a existência de hospícios estatais que atendiam em suas maiorias indigentes ou doentes abandonados pela família. Havia hospitais psiquiátricos para os trabalhadores pertencentes à rede IAPs - os Institutos de Aposentadorias e Pensões – que também empregavam alguns assistentes sociais. E as clínicas psiquiátricas destinadas ao atendimento às pessoas ricas, que não empregavam assistentes sociais. Nesse período as primeiras práticas dos assistentes sociais na área da saúde eram desenvolvidas no modelo do Serviço Social clínico. O assistente social trabalhava com o indivíduo e a sua subjetividade até os anos 1970. Suas práticas eram psicologizantes, atuava com abordagens de cunho higienista.

Na Ditadura Militar em 1964, o número de clínicas psiquiátricas privadas aumentou. Essas clínicas tinham convênio com o Estado, financiadas pelo Instituto Nacional de Previdência Social - INPS resultado da unificação das IAPs, e atendiam também aos trabalhadores, mas inicialmente não contrataram assistentes sociais. É a partir desse momento que a doença mental se torna mercadoria, objeto de lucro para empresários financiados pelo Estado (BISNETO, 2011).

Depois dos anos 1970 o assistente social é requisitado para trabalhar em hospitais psiquiátricos devido à necessidade de uma equipe interprofissional com sentido de relacionar

saberes profissionais na atuação. Mas a demanda por assistentes sociais era apenas para cumprir regulamentação do Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS. Os hospitais contratavam, mas os salários eram baixos e os assistentes sociais não tinham funções específicas. O assistente social era requisitado pelo Estado para executar políticas sociais na área de saúde mental, pois o problema nessa época não era a loucura porque essa estava sendo controlado de forma desumana pelos psicotrópicos e pelo aparato asilar. O grande problema era que pelo fato dos hospitais psiquiátricos atenderem demandas dos trabalhadores, estes que estavam em situação vulnerável e de miséria estavam sendo abandonados e os assistentes sociais teriam que atender a essas demandas específicas. “O Serviço Social foi demandado pelo Estado Ditatorial como executor terminal de políticas sociais na área da Saúde Mental, repetindo sua contradição histórica, de uma demanda pelas elites para atender aos ‘necessitados’” (BISNETO, 2011, p.25). O governo Ditatorial tentou usar o serviço social para controlar os trabalhadores que estavam doentes devido ao agravamento do desemprego e da exploração, e assim facilitar a acumulação capitalista.

Como citado anteriormente, que nos anos 1970 o Serviço Social estava em processo de reconceituação, as práticas da profissão na área de saúde mental estavam sendo contestadas devido ao viés psychologizante. E a aproximação da profissão ao marxismo não estabelecia uma metodologia de atuação na área de saúde mental para abordar a subjetividade do sujeito com doença mental e relacionar a questão social desse ser.

Nos anos 1980 a Reforma Psiquiátrica compartilhava de propostas sociais similares ao debate do Serviço Social. A corrente compartilhada pela reforma e pelo Serviço Social é a da Análise Institucional por desenvolver uma crítica a institucionalização do doente mental e por sua vez sua alienação nestes espaços.

De modo que o Movimento de Reforma Psiquiátrica apresenta pontos que tocam o momento atual do Serviço Social:

- O debate em torno da transformação progressista das organizações institucionais psiquiátricas e de assistência social;
- A ênfase no aspecto político da assistência social e da assistência psiquiátrica;
- A necessidade da interdisciplinaridade e de ultrapassar os limites entre os saberes;

- A necessidade de democratizar as relações de poder entre técnicos e usuários (BISNETO, 2011, p.36).

Os CAPS que são dispositivos alternativos da rede de atenção à saúde mental são consequência da Reforma Psiquiátrica, vinculada à conquista do SUS pela Reforma Sanitária. O trabalho é desenvolvido com ênfase à dimensão social dos problemas mentais, com intuito de emancipar o usuário do serviço sujeito de direitos. Ou seja, nessa instituição há uma psiquiatria da desinstitucionalização² que entende as contradições da realidade e o lado social, criticando a institucionalização do sujeito em manicômios. Cabe destacar que essa análise não é contra as instituições em si, mas a favor de uma transformação para atender a um projeto político democrático e popular e não repressor (BISNETO, 2011).

O Movimento de Reforma Psiquiátrica incorpora a necessidade da presença do Serviço Social nas instituições da Saúde Mental, garantidas em portarias ministeriais³. Essa abertura de campo para a profissão se deu devido ao caráter crítico dos assistentes sociais e de uma formação social e política, que trabalha de forma a garantir os direitos da população.

Vasconcelos (2006) destaca em relação aos referenciais teórico-metodológico e ético-político do assistente social:

Como pressupostos ideopolíticos, destacamos o comprometimento com a garantia dos direitos civis, sociais e políticos dos segmentos populares, com a preocupação de análise dos serviços tendo em vista os direitos sociais, especialmente o direito à saúde, com vistas a contribuir para a qualidade do espaço público, para o controle social e, em última instância, para a construção de uma nova ordem social. (VASCONCELOS, 2006, p.244).

² Sendo que as instituições são mecanismos do estado para controlar o funcionamento da sociedade, a desinstitucionalização na reforma psiquiátrica está relacionada a diminuição dos leitos em hospitais psiquiátricos e a criação de uma rede de atenção alternativa. O Movimento de Psiquiatria Democrática Italiana foi o principal idealizador da estratégia de desinstitucionalização psiquiátrica.

³ Existem duas portarias interministeriais emitidas na década de 90, a nº189, de 19/11/1991, e a de nº 224, de 29/01/1992, do Ministério da Saúde que determina o aumento de recursos humanos e o aumento de diferentes categorias profissionais para serem incorporadas aos serviços de atenção à saúde mental.

Como fruto das lutas do Movimento da Reforma Psiquiátrica temos três Centros de Atenção Psicossocial- II (CAPS-II) no Distrito Federal, que representa um dos dispositivos da política. O presente trabalho se propõe a analisar o atendimento feito pelas assistentes sociais dos três CAPS-II do Distrito Federal – por meio de entrevistas -, com o intuito de apreender a atuação destes profissionais nesses serviços se seu trabalho é pautado pelo modelo biomédico ou pelo modelo social da deficiência, assim como também identificar dificuldades existentes na atuação profissional.

Devido à nova compreensão de deficiência a partir da Convenção sobre os Direitos das Pessoa com Deficiência, a loucura e a deficiência se aproximam, pois pode se compreender a loucura como uma forma de opressão pelo corpo, assim como a deficiência, além de historicamente ambas serem estigmatizadas pela lógica vigente. Mesmo que a loucura ainda não seja vista como uma deficiência, o presente trabalho se desafia a demonstrar que ambas se aproximam devido a vários determinantes, e analisará se o trabalho das assistentes sociais dos CAPS II se desenvolve pela lógica do modelo social da deficiência.

Portanto, o presente trabalho terá sua estrutura em quatro capítulos, sendo que o primeiro irá conter os pontos: Reforma Psiquiátrica, Política de Saúde Mental no Brasil, Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II. O segundo capítulo será destinado a compreensão da relação entre deficiência e loucura. No terceiro capítulo consta a metodologia usada no trabalho. Enquanto o quarto capítulo destina-se à reflexão teórica juntamente com a análise de dados.

CAPÍTULO 1

1.1. Reforma Psiquiátrica

Para se pensar e questionar a saúde das pessoas é necessário analisar além do lado subjetivo os vários determinantes de saúde no contexto social da pessoa. É necessário analisar uma série de fatores que contribuem ou não para a saúde do sujeito, que podem contribuir ou não para o seu bem-estar. “A produção social da saúde implica, pois, considerar que numa sociedade determinada e num momento dado, respeitadas certas regras previamente definidas, as fenoestruturas existentes, como capacidades acumuladas de produção de fatos, podem gerar fluxos de produção que, por sua vez, vão fenoestruturar-se, acumulando ou desacumulando saúde.” (MENDES, 1996, p. 240).

É preciso considerar o sujeito como um todo, a partir de elementos como corpo, mente, contexto social, dentre vários outros fatores determinantes. “Assim, só se tem saúde integral quando se tem saúde mental, equilíbrio social e boas condições de vida” (BRASIL, 2009).

O sofrimento mental tem um longo histórico de discriminação e isolamento tanto no Brasil como no resto do mundo. Segundo Lia Carneiro Silveira e Violante Augusta Batista Braga 2005, a construção histórica do termo loucura é permeada por profundas transformações a depender da época em que é analisado. A loucura teve historicamente um aspecto moral que desqualifica o ser humano, o que ainda perdura até os dias atuais. “Um tema, hoje, tão controverso foi objeto das mais variadas explicações, passando desde o campo da Mitologia até o da Religião” (ALVES et al, 2009, p.2).

Pessoas com transtornos mentais já foram interpretadas de diversas maneiras, tendo já sido consideradas, por exemplo, como possuídas pelo diabo como fruto do castigo de Deus. Na esfera do cotidiano, a loucura também já foi associada com características pessoais deturpadas, como preguiça de trabalhar, desculpa de malandro, coisa de gente ruim, dentre outros. A loucura, já foi compreendida em alguns espaços como doença contagiosa e sem cura e até já se acreditou que a pessoa ficava louca por vontade própria (BRASIL, 2009).

De acordo com Michael Foucault (1988), é relativamente recente o status de doença mental que a loucura adquiriu. “A doença só tem realidade e valor de doença no interior de uma cultura que a reconhece como tal” (FOUCAULT, 1988, p. 71).

A exclusão dos loucos era algo comum antes da década de 1950 – mesmo que nos dias atuais a exclusão ainda não tenha sido superada, o tema está em campo de lutas para a conquista da superação - aqueles que não produziam e não contribuíam para o movimento de produção eram encarados como desviantes. E criam-se os estabelecimentos para internar não só os loucos, mas também, velhos, crianças abandonadas, mendigos, aleijados - no linguajar da época carregado de violência e discriminação -, leprosos, dentre uma série de indivíduos. (ALVES et al, 2009). E a forma de combater uma pessoa ociosa – ociosa pelo fato de não se adaptar ao trabalho, pois não existia uma tolerância em relação às limitações destas pessoas - era a punição e não o tratamento, estes não eram vistos como sujeitos de direitos. E cada cidade grande terá como Foucault (1988) caracterizou seu Hospital Geral, esse novo modelo institucional de internação que abarcava a população desviante, onde também existia o trabalho forçado com a finalidade de sanção e controle moral. “A categoria comum que agrupa todos aqueles que residem nas casas de internamento, é a incapacidade em que se encontram de tomar parte na produção, na circulação ou no acúmulo de riqueza” (FOUCAULT, 1988, p. 79).

No período da Revolução em 1789 existia um processo de reabsorção dos excluídos numa ótica de tratar e repreender. Saúde e doença são controladas para a manutenção da ordem. Mesmo com a libertação de alguns excluídos – aqueles que erroneamente foram denominados loucos e se julgavam curáveis- os loucos ainda eram vistos como sinônimo de ameaça e continuavam encarcerados, momento em que a loucura foi apropriada pelo saber médico e passou a ser considerada uma doença mental (ALVES et al, 2009). De acordo com Foucault (1988) as casas de internamentos foram reservadas apenas para aqueles ditos como loucos mesmo e apenas a eles, liberando todos os outros. A medicina então passou a disponibilizar assistência terapêutica com a doença sendo tratada apenas pela prática da medicalização, definindo assim um caráter patológico, e excluindo definitivamente o doente do espaço social. “Sob a direção do médico que está encarregado mais de um controle ético que de uma intervenção terapêutica” (FOUCAULT, 1988, p.82).

A instituição psiquiátrica tem uma lógica de segregação social, com ideais de punição e regulação. Por muito tempo, o tratamento disponibilizado às pessoas com sofrimento mental foi associado a medidas de isolamento e medicalização, além de intervenções agressivas como, eletrochoque⁴ ou lobotomia⁵, pois acreditavam que esses métodos causariam a cura. Pessoas com sofrimento mental são esquecidas em hospícios ou manicômios, punidas por uma sociedade discriminadora e preconceituosa que visa somente à doença e tratando-a como sinônimo de perigo esquecendo-se que os loucos também são sujeito de direitos. Não havia efetivamente tratamento, mas sim medidas que representavam mais uma organização para a punição do que para o cuidado, pois a prisão e o isolamento com técnicas de controle não funciona como um tratamento de reabilitação, mas degenera o sujeito e enfraquece sua autonomia. (ALVES et al, 2009). Os manicômios tinham o caráter de *instituições totais*⁶ conceito de Erving Goffman (1961), que caracteriza os hospitais psiquiátricos, o qual designa - dentre cinco agrupamentos caracterizados pelo autor - como um tipo de estabelecimento para cuidar de pessoas consideradas incapazes de cuidar de si mesmas, que também são consideradas ameaça á sociedade, sendo que eles são considerados ameaças não-intencionais (GOFFMAN, 1961).

No início da década de 1950, surge na Inglaterra o Movimento das comunidades Terapêuticas com a proposta de superação do Hospital Psiquiátrico, e na década de 1960 um movimento denominado Antipsiquiatria, com questionamento não só ao saber psiquiátrico como à própria doença mental em si. Os modelos assistenciais à psiquiatria foram modificados no pós-guerra, com a tentativa de construção de uma nova ordem social que questionava a situação (ALVES et al, 2009). Desde então em diversos países se iniciou a tentativa de humanização e mudança dos hospitais psiquiátricos, partindo de uma crítica á

⁴ A Eletroconvulsoterapia (ECT), mais conhecido por eletrochoque, é um antigo tratamento psiquiátrico que provoca alterações na atividade elétrica do cérebro induzidas por uma forte corrente elétrica.

⁵ É uma intervenção cirúrgica no cérebro, não usada mais atualmente. Acreditava-se que curava ou melhorava sintomas das patologias psiquiátricas.

⁶ Goffman (1961) define instituições totais como aquelas instituições que promovem a exclusão do indivíduo da sociedade, é simbolizado por uma espécie de barreira entre a relação social do indivíduo com o mundo externo, e que proíbem a saída devido ao seu esquema físico.

estrutura asilar vigente. Partindo da ideia de que o louco não poderia ser tratado somente pela sua doença, o que não excluía o fato do tratamento ser necessário, mas que este deveria ser feito de forma humanizada levando em conta todos os outros aspectos da vida do sujeito e não simplesmente se resumindo a apenas um.

A Reforma tem como um dos seus pilares acabar com essas práticas de exclusão do louco e por consequência as internações, desde o início o número de hospícios ou manicômios foi reduzido drasticamente, porém, não extinto por completo. O processo de redução de leitos passou a se tornar política pública no Brasil a partir dos anos 1990. Mas para avaliar a efetiva redução de leitos é necessário levar em consideração as particularidades de cada região, pois o processo de desinstitucionalização pressupõe transformações culturais e subjetivas na sociedade além da aliança entre as esferas do governo. (BRASIL, 2009). No Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas, estudos presentes no documento revelam que em 1996 havia aproximadamente 70.000 leitos e em 2005 reduziu para a existência de aproximadamente 40.000 leitos psiquiátricos no SUS. Essa redução se dá devido à expansão de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos.

O sofrimento mental não é necessariamente constante. Há uma diversidade e variabilidade clínica e social no que se refere às pessoas em sofrimento mental. Em todos os casos, são pessoas com fragilidades e limitações, mas também com potencialidade e capacidades. “Ninguém está em sofrimento mental o tempo todo e ninguém é completamente doente. Há muitos aspectos saudáveis preservados e é através deles que as pessoas podem ser resgatadas para uma vida o mais normal possível” (BRASIL, 2009, p.12).

Nas palavras de Foucault (1988), diante de um doente atingido profundamente tem-se a impressão de um déficit global – uma desorientação - por mostrar-se incapaz de se localizar no tempo, reagindo com automatismo de repetição e reações emocionais intensas, consequência de uma consciência desorientada. Não se deve compreender a doença, ou como caracteriza Foucault a patologia, apenas nessas atitudes desorientadas porque a doença não é somente isso. “De fato, a doença apaga, mas sublinha; abole de um lado, mas é para exaltar do outro; a essência da doença não está somente no vazio criado, mas também na plenitude positiva das atividades de substituição que vêm preenchê-lo.” (FOUCAULT, 1988, p.24). O

autor explica que se nota no sujeito as funções desaparecidas e as funções exaltadas, as funções desaparecidas são as orientações no tempo e no espaço caracterizado como coordenações complexas, instáveis e voluntárias, já as condutas conservadas e acentuadas se liberam num estilo de incoerências absolutas que são as caracterizadas como funções simples, estáveis e automáticas. Sendo assim todo indivíduo passa por momentos de conflito patológico, como cita Foucault (1988) a doença tem como conteúdo um conjunto de reações de fuga e de defesa contra o atual presente. A pessoa com transtorno mental vive sua angústia como mecanismo de defesa exaltados ao máximo, digamos que é uma maneira específica de reagir à sua doença, de reagir a uma contradição interna. A doença é evidenciada na angústia da pessoa que está doente, como um mecanismo de proteção. Cada doença tem uma reação específica, mas todas as atitudes se desenvolvem pela angústia da pessoa, e como cita Foucault (1988) a doença se expressa em um círculo vicioso nas condutas patológicas “o doente se protege por meio de seus atuais mecanismos de defesa contra um passado cuja presença secreta faz surgir a angústia” (FOUCAULT, 1988, p.51).

O tratamento deve ser feito com atenções voltadas ao sujeito em si e não na doença, o que não significa negar a doença, nem o sofrimento vivido pela pessoa, mas sim desvincular a doença da relação com a periculosidade, a incapacidade, e proporcionar que a pessoa seja protagonista de sua história e não a sua doença. Não é negar a existência da doença mental, nem o sofrimento vivenciado pelo sujeito, mas sim desenvolver uma prática que não exclua os componentes coletivos e sociais da doença, saindo do campo da uma culpa única e individual do sujeito.

É necessário que a sociedade entenda a importância de respeitar os diferentes modos de vida, e as distintas formas das pessoas se relacionarem com o mundo. O preconceito contribui para um mundo cada vez mais desigual, mas o respeito incentiva o bem comum entre os distintos modelos de se viver.

1.2. Política de Saúde Mental no Brasil

A Reforma Psiquiátrica brasileira se desenvolveu concomitante ao processo da Reforma Sanitária, em meados dos anos 1970 em busca da superação do modelo asilar e da

mudança de valores culturais e sociais, principalmente nos estados da região Sudeste do Brasil (Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais), por ser o local com maiores redes de serviços psiquiátricos no país.

O tratamento disponibilizado a pessoas com transtornos mentais antes da Reforma Psiquiátrica era o da prática asilar e da medicalização, assim como em todos os países do mundo repetindo os modelos de exclusão e repressão. Em 1830 foi criado um Hospício para os alienados no Rio de Janeiro, nos moldes dos hospitais psiquiátricos europeus, no qual o tratamento era baseado no isolamento. E a partir daí essas instituições se proliferaram. Houve um impulso para esta proliferação em especial com a mercantilização dos serviços. A partir da década de 1960 a psiquiatria privada sobressai à psiquiatria pública, tornando o tratamento da loucura um empreendimento lucrativo (ALVES et al, 2009).

A Reforma Psiquiátrica tem os seus antecedentes no Brasil em um contexto de ditadura militar. Em 1978 se iniciou o Movimento dos Trabalhadores em saúde Mental (MTSM) – formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, familiares, pessoas com histórico de internação, dentre outros -, que emergiu após a repressão do regime militar em um cenário de lutas de muitos movimentos sociais. O MTSM iniciou a crítica as práticas hospitalocêntricas posicionando-se pela mudança para uma prática humanizada já que a assistência comunitária em saúde mental era inexistente na época, pois era predominante a mercantilização da loucura, assim como o movimento também denunciava a violência existente nos manicômios (BRASIL, 2005).

Quase uma década depois, em 1987, as discussões do movimento culminaram com o lema “Por uma sociedade sem manicômios” no II Congresso Nacional do MTSM, em São Paulo. No mesmo ano, foi realizado no Rio de Janeiro a I Conferencia Nacional em Saúde Mental, onde o aspecto disseminado do movimento tornou-se evidente. A Conferencia foi, assim, um marco histórico importante para a criação do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, na busca da superação e da exclusão e da violência institucional e a criação de um novo paradigma social para a loucura (ALVES et al, 2009). Sendo um dos principais objetivos da luta a reinserção social.

Nesse período dá-se início a uma rede substitutiva de atenção á saúde mental. No ano de 1987 surgem os primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de São

Paulo, serviços comunitários de oito horas diárias cinco dias por semana e no município de Santos os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), pois eram serviços comunitários 24 horas por dia e sete dias por semana que atendiam todos os tipos de demandas de cuidados em saúde mental e com poucos leitos, mas que substituíam os hospitais psiquiátricos, marcando então um grande avanço no Processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira. A partir deste momento, não apenas aumentam as denúncias contra abusos em hospitais psiquiátricos, como algumas dessas denúncias passam a ser investigadas e as primeiras intervenções são levadas a cabo. Em 1989 a Secretaria Municipal de Saúde de Santos intervêm em um hospital psiquiátrico devido a denúncias de maus-tratos e mortes de pacientes.

Neste período, são de especial importância o surgimento do primeiro CAPS no Brasil, na cidade de São Paulo, em 1987, e o início de um processo de intervenção, em 1989, da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde, local de maus-tratos e mortes de pacientes. (BRASIL, 2005, p.7).

E ainda no ano de 1989, representando o início da regulamentação das diretrizes do movimento da Reforma Psiquiátrica como direito, houve um avanço no campo legislativo e normativo com a entrada no Congresso Nacional do Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado que dispõe sobre a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e a extinção dos manicômios. E também como avanço a criação da Constituição Federal de 1988 que cria o Sistema Único de Saúde (SUS), que serve de base para uma rede de serviços substitutivos de atenção a saúde mental. Mesmo o projeto de lei Paulo Delgado não sendo aprovada, vários estados e municípios se inspiraram para criação de leis que determinassem a substituição de leitos psiquiátricos por uma rede de atenção integral à saúde mental (BRASIL, 2005). Em 1990 a realização da Conferência de Caracas que faz com que os países latino-americanos entrassem em um consenso em relação à Reforma Psiquiátrica. E com a realização no Brasil da II Conferência Nacional em Saúde Mental, em seu relatório final tinham proposições que visavam discutir os direitos civis e trabalhistas desta população de forma a desenvolver estudos que analisassem a interdição civil dos ditos incapacitados. A partir dessa Convenção tivemos um avanço da Reforma Psiquiátrica no país e nos moldes da atenção à saúde mental.

No ano de 1992, a Política do Ministério da Saúde para a saúde mental começa a se firmar de acordo com as diretrizes da reforma psiquiátrica e então é criado no país as primeira normas federais para regulamentar a implantação dos serviços substitutivos de atenção diária a saúde mental. Devido a essa política há uma substituição progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos para o desenvolvimento de uma rede integrada de atenção à saúde mental, ou seja, ocorriam significativas mudanças no país em relação à desinstitucionalização psiquiátrica (BRASIL, 2005). Foram abertos leitos psiquiátricos em hospitais gerais e retirada de leitos em hospitais psiquiátricos públicos e privados que não tinham condições mínimas de assistência, assim como também abertos vários CAPS E NAPS em todo o país, que ilustram a mudança para o novo paradigma de atenção à saúde mental.

A aprovação da legislação definitiva, no entanto, apenas conseguiu ser aprovada mais de 20 anos depois das primeiras movimentações dos trabalhadores em saúde mental. No ano de 2001 é sancionado no país um substitutivo do projeto de Lei original do deputado Paulo Delgado - após 12 anos de tramitação no congresso - a lei federal 10.216 que redireciona a assistência em saúde mental, dispõem sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. A lei oferece tratamentos com serviços comunitários, mas não expõe a extinção dos manicômios, eles passam a existir tendo regras a cumprir. Dispõe também sobre a necessidade de políticas para a inclusão social e projetos de geração de renda que fomentem a autonomia das pessoas com transtornos mentais. Então com a III Conferencia Nacional de Saúde Mental, realizada ao final do ano de 2001, e promulgação da lei as diretrizes da Reforma Psiquiátrica ganha mais visibilidade até mesmo em questões de financiamento por parte do governo, sendo formulada como uma política pública do Estado.

Com a ampliação da rede de serviços substitutivos, foram criados: Centros de Referência em Saúde Mental, CERSAMs; Centros de Atenção psicossocial, CAPS; Núcleos de Atenção Psicossocial, NAPS; Centros de Convivência; Moradias assistidas, entre outros dispositivos da nova política pública de saúde mental. Assim como também foram criados mecanismos para a fiscalização, gestão e redução de leitos psiquiátricos no país. Há uma importante expansão da atenção à saúde mental, de acordo com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, com a transição do modelo centrado na internação hospitalar para um modelo de atenção comunitária.

1.3. Centros de Atenção Psicossocial – CAPS II

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são dispositivos da política de saúde do Ministério da saúde e são dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção à saúde mental. Devem se situar de forma territorializada e se situar próximo às áreas residenciais para facilitar o acesso. Os CAPS devem ser substitutivos aos hospitais psiquiátricos. Assim como também deve haver uma rede social entre os recursos comunitários a sua volta, pois a atenção em saúde mental deve ser feita dentro de uma rede de convívio (BRASIL, 2004).

É um serviço de atenção diária fora de unidade hospitalar destinado ao atendimento de pessoas em sofrimento mental. Ele deve estar situado próximo às áreas residenciais para facilitar o atendimento. O projeto terapêutico desta unidade prevê o atendimento individualizado e personalizado para cada usuário (...) (Brasil, 2009, p.17).

Os CAPS integram a rede do Sistema Único de Saúde sendo regulamentado pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, que também regulamentam os NAPS (Núcleos de Atenção psicossocial) e os CERSAMs (Centros de Referência em Saúde Mental) (BRASIL, 2004).

O CAPS II é um serviço de atenção psicossocial de médio porte em demandas municipais, com capacidade para 70.000 a 200.000 habitantes, funcionando de 8 às 18 horas (BRASIL, 2004), durante cinco dias da semana, com uma equipe mínima de 12 profissionais e capacidade de acompanhamento de 360 pessoas por mês.

Os usuários desse serviço são pessoas maiores de 18 anos que apresentam intenso sofrimento psíquico, preferencialmente com transtornos mentais severos e persistentes e que não seja em decorrência do uso de substâncias psicoativo, casos relacionados a álcool e outras drogas são encaminhados para os CAPS AD.

Sua ação estratégica é da promoção da autonomia do paciente e da reabilitação das pessoas, e articula com as varias redes próximas existentes para a inserção deste nos programas e serviços disponíveis, agindo na recuperação da vida social familiar e

comunitária. O atendimento é feito durante o dia e o usuário do serviço volta para casa todos os dias. O CAPS II reabilita o usuário a uma reinserção social junto a sua comunidade.

A equipe profissional é composta por terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos e psiquiatras trabalham de forma multidisciplinar e interdisciplinar em convenio com os centros de saúde mais próximos, hospitais e outras unidades especializadas.

Esse serviço foi criado oficialmente a partir da Portaria 224/92 e regulamentados pela portaria 336/02, sendo este um serviço do SUS que oferece atendimento de forma mais humanizada a pessoas que sofrem de transtornos mentais severos e persistentes, realizando um acompanhamento diário e clínico com vistas à evitar as internações psiquiátricas, de forma a favorecer o exercício da cidadania e reinserção social dos usuários do serviço e de suas famílias (BRASIL, 2004).

Os serviços do CAPS II são prestados a pessoas que venham com demandas espontâneas ou pessoas encaminhadas de outras unidades de saúde. Deve portar consigo original e Xerox do RG, CPF, Cartão SUS e conta de água, luz ou telefone. Primeiramente a pessoa passa pelo acolhimento onde é realizada uma abordagem grupal com o objetivo de informar o que é o CAPS e depois uma abordagem individual com o objetivo da escuta da história de vida social e histórico da doença, sendo assim avaliado pela equipe técnica se é demanda ou não da instituição. O acolhimento é feito por qualquer profissional da equipe, logo depois se for acolhido pelo CAPS II é construído conjuntamente com o usuário um Plano Terapêutico personalizado, de acordo com as seguintes modalidades de tratamento: intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, de acordo com o seu quadro do sofrimento psíquico.

As atividades terapêuticas são: atendimento individual e grupal, oficinas terapêuticas diversas como psicoterapia em grupo, artesanato, atividades corporais, entre outras, oficinas expressivas de socialização, visitas domiciliares, atendimento à família, assembleias, confraternizações, passeios e diversas atividades comunitárias enfocando a integração do usuário na comunidade e sua inserção familiar e social.

A família do usuário tem o papel de parceiros no tratamento, devem se envolver de forma ativa no processo terapêutico para um melhor resultado, pois seu apoio é condição essencial de êxito.

CAPÍTULO 2

2.1. Deficiência e Loucura

A deficiência é tradicionalmente sinônimo de exclusão e estigma (BARBOSA, et.al. 2010). Pessoas com deficiência são historicamente excluídas da sociedade e vistas como anormais. A loucura não é tradicionalmente descrita como deficiência, mas se aproximam porque a loucura e a deficiência são estigmatizadas pela lógica vigente, ambas não devem ser descritas apenas por diagnósticos, pois são muito mais complexas para uma única descrição. Devido à nova compreensão de deficiência a partir da Convenção sobre os Direitos das Pessoa com Deficiência da ONU, pode se compreender a loucura como uma forma de opressão pelo corpo.

De acordo com a Convenção sobre os Direitos das pessoas com Deficiência, e, seu artigo 1:

Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais em interação com diversas barreiras podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2007).

Deficiência não é mais a expressão de um impedimento, mas sim algo muito mais complexo no sentido de entender que o impedimento no corpo da pessoa não é o problema, na verdade o problema está na estrutura social que oprime o modo de vida diferente, não proporcionando ao corpo com impedimentos as mesmas oportunidades de interação com o mundo proporcionado a corpos sem impedimentos, as barreiras sociais existentes que ignoram os corpos com impedimentos provocam a experiência da desigualdade (DINIZ et al., 2010). A nova compreensão de deficiência denuncia essa estrutura social que oprime o corpo com impedimentos e não é capaz de promover a diversidade, ela deve ser vista como “uma das muitas formas corporais de estar no mundo” (DINIZ, 2007, p.7-8).

A visão de deficiência como variação a uma norma vem do século XVIII, onde uma pessoa com deficiência ocupava um corpo fora da norma (DINIZ, 2007). De acordo com Georges Canguilhem o termo norma é um termo “equivoco, designando ao mesmo tempo um

fato e ‘um valor atribuído a esse fato por aquele que fala, em virtude de um julgamento de apreciação que ele adota’” (CANGUILHEM, 1982, p.95). Não se pode descrever que uma pessoa com deficiência é anormal. “A anormalidade é um julgamento estético e, portanto, um valor moral sobre os estilos de vida” (DINIZ, 2007, p.8).

Quando incorporada pelo modelo biomédico a deficiência foi explicada como mutações genéticas ou desvios da natureza, e o objetivo da medicina era a normalização dos corpos com impedimentos. Após os anos 60 com o surgimento da Liga dos Lesados Físicos Contra a Segregação (Upias) “a primeira organização política sobre deficientes a ser formada e gerenciada por deficientes” (DINIZ, 2007, p.14) e a construção do modelo social da deficiência, se difundiu a ideia de que as pessoas com deficiência não são excluídos pelos impedimentos dos seus corpos de forma individualizada, mas sim dos impedimentos existentes na sociedade que restringem a plena participação de pessoas com deficiência (MEDEIROS et al., 2010). Existiam outras organizações para pessoas com deficiência, mas a Upias tinha a particularidade de ser formada e gerenciada por pessoas com deficiência, uma organização com o viés de superação, pois o tratamento ou reabilitação fornecido em outras instituições eram de afastar as pessoas com deficiência do convívio social com o sentido de devolvê-las à sociedade se fossem normalizadas (DINIZ, 2007). A Upias inicialmente redefiniu impedimentos e deficiência para:

Lesão: ausência parcial ou total de um membro, ou membro, organismo ou mecanismo corporal defeituoso; deficiência: desvantagem ou restrição de atividade provocada pela organização social contemporânea, que pouco ou nada considera aqueles que possuem lesões físicas e os exclui das principais atividades da vida social. (Upias, op. Cit. In DINIZ, 2007, p.17).

Essa definição inicial de deficiência foi revisada nos anos 1990 modificando lesões físicas para impedimentos, pois assim incluía as outras formas de impedimentos e não só os impedimentos físicos. Impedimentos e deficiência saíram do campo apenas médico para ser tratada também nos campos sociológicos.

Surge na década de 1960 o modelo social da deficiência, mas ganha força após os anos 1970. A deficiência é vista pelo modelo biomédico como uma limitação ou desvio da

natureza do corpo e não pela interação do corpo com um ambiente pouco sensível aos impedimentos corporais de acordo com o modelo social.

(...) Se reconheceu que a deficiência não é dada exclusivamente por uma limitação do corpo, mas pela interação desse corpo com um ambiente hostil, a definição de deficiência se deslocou do *modelo biomédico* em direção a um *modelo social* fundamentalmente preocupado com a relação entre o indivíduo e a sociedade” (MEDEIROS et al., 2010, p.15).

O modelo social não rejeita por completo o modelo biomédico, a ideia é ir além da medicalização, o tratamento médico disponibilizado às pessoas com deficiência é importantíssimo, mas não se limita a isso, vai além, para um sentido de garantia de uma vida digna, em uma sociedade que aceite a diversidade corporal, proporcionado por ações políticas e intervenção do Estado (DINIZ, 2007).

Há aproximação da visão da deficiência com a noção de restrição de participação, a partir do modelo social da deficiência que considera o corpo e a interação com o meio. Um marco importante nessa mudança está na ratificação feita pelo Congresso Nacional em 2008 da Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência aprovada com status constitucional e no novo sistema de classificação dos corpos que está sendo incorporada, a Classificação de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), adotada em 2009. (MEDEIROS et al., 2010). Que passa a se adequar ao paradigma social da saúde, não classificando os corpos na forma de doenças.

A experiência da opressão pela deficiência é algo compartilhado por pessoas com diferentes tipos de deficiência (DINIZ, 2007). O modelo social da deficiência é embasado pelo marxismo no sentido de explicar a segregação dos deficientes.

A resposta foi dada pelo marxismo, principal influência da primeira geração de teóricos do modelo social: “o capitalismo é quem se beneficia, pois os deficientes cumprem uma função econômica como parte do exército industrial de reserva mantendo-os na posição de inferioridade”. (DINIZ, 2007, p.22)

A pessoa com deficiência cumpre o papel de exército industrial de reserva para o capital, não no sentido de ser a estratégia de ameaça a outros trabalhadores no contexto da

exploração, mas sim com o sentido discriminatório, sendo considerado incapaz para o trabalho e como incapaz é excluído do meio social, pois o trabalho e a exploração pelo trabalho tem por finalidade o lucro para o capital, como o deficiente não trabalha não gera lucro, sendo assim, é vantajoso para o capital fingir sua inexistência. A deficiência é o resultado da discriminação do “ordenamento político e econômico capitalista, que pressupunha um tipo ideal de sujeito produtivo” (DINIZ, 2007, p.23). A mesma segregação sofre o doente mental, é exatamente por compartilhar da mesma exclusão do deficiente que a loucura pode ser vista como uma deficiência.

A loucura e a deficiência se aproximam historicamente por serem estigmatizadas pela lógica capitalista vigente, por não serem produtivos e o conceito de deficiência atual incorpora a loucura. Os loucos e os deficientes tem histórico de exclusão em instituições com a finalidade de mantê-los longe da sociedade, ambos somente poderiam voltar para o convívio social quando recuperados, devido a uma sociedade “pouco sensível às diversidades de estilos de vida” (DINIZ, 2007, p.9). Ambos têm sua plena participação restringida, resultado da opressão pelo corpo.

A pessoa com deficiência não pode ter seu impedimento compreendido como um problema individual, até porque a deficiência não é um problema e muito menos individual e sim social, “a experiência da deficiência não era resultado de suas lesões, mas do ambiente social hostil à diversidade física” (DINIDZ, 2007, p.15). De acordo com Foucault (1988), o doente mental no momento da angústia tem episódios patológicos complexos, mas a doença não é somente esses episódios patológicos complexos, não sendo também o mais importante, em ambos os casos não se trata de uma questão individual que deve ser excluído em instituições. A atenção deve ser dada a toda a amplitude da doença e a seus vários determinantes, assim como deve ser proporcionado tratamentos médicos o Estado também deve investir em políticas públicas que efetivem a plena participação de todos no contexto social, sendo assim vistos como sujeitos de direitos.

Nos últimos anos, o modelo social da deficiência vem ganhando muita visibilidade, no Brasil tal debate ainda está pouco presente. Existem algumas conquistas como a ratificação da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (2007), a adoção da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e a incorporação

dessas conquistas no Benefício de Prestação Continuada (BPC) – um benefício assistencial que transfere um salário mínimo mensalmente a idosos e a pessoas com deficiência, que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção nem de tê-la provida por sua família -, que é uma política de transferência de renda e a principal política para pessoas com deficiência (SANTOS, 2010). Uma política que também contempla pessoas com transtornos mentais. De acordo com Wederson Santos (2010) após a Constituição de 1988, foi garantido no texto constitucional direitos relacionados à educação, a acessibilidade, ao trabalho e a assistência social para pessoas com deficiência e a partir daí sendo possível a criação de políticas públicas. Mas como o autor cita esses avanços, ainda são modestos, pois ainda existem muitos desafios.

Ainda assim tal cenário ainda apresenta avanços modestos ao lado de uma série de desafios, como pode ser verificado nas políticas de educação e nas ações para inclusão no mundo do trabalho, remoção de barreiras arquitetônicas, sensibilidade à diversidade corporal nos transportes públicos, entre outras políticas para as pessoas com deficiência (SANTOS, 2010, p.123-124).

Nas últimas décadas o Brasil teve como marcos normativos, que retiraram do indivíduo a responsabilidade em lidar com a deficiência e colocam nas estruturas sociais, a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (1999) e a Lei de Acessibilidade (2004), (SANTOS, 2010). São conquistas que garantem justiça social à questão da deficiência, e todas devido ao conceito de deficiência proposto pela Convenção que é fortemente influenciado pelo modelo social da deficiência, de modo a garantir equidade às pessoas com deficiência e ampliando as possibilidades de “tratar a deficiência como tema de justiça social” (SANTOS, 2010, p.120).

CAPÍTULO 3

3.1. Metodologia

O presente projeto de pesquisa teve como objetivo analisar o atendimento de todas as assistentes sociais dos CAPS II do DF, sendo eles: o CAPS II do Paranoá, de Samambaia e de Taguatinga. A pesquisa é qualitativa e os dados foram coletados por meio de entrevistas com as assistentes sociais de cada unidade de saúde. E por fim foi realizada a análise comparativa dos dados obtidos para uma melhor compreensão de como se desenvolve o atendimento das assistentes sociais e a forma de abordagem da saúde mental usada por elas em seu trabalho, embasando a realização deste relatório de análise.

3.1.1. Procedimentos metodológicos (Entrevista com os profissionais)

As entrevistas com as assistentes sociais de cada CAPS II do Distrito Federal, no total de 3 assistentes sociais, foram realizadas por meio de entrevistas semiestruturadas, guiado por um roteiro de questões abertas e flexíveis em relação à ampliação de questionamentos no decorrer da entrevista. “Entrevista, tomada no sentido amplo de comunicação verbal, e no sentido restrito de coleta de informações sobre determinado tema científico, é a estratégia mais usada no processo de trabalho de campo” (MINAYO, 2010, p.64).

Também foi usado gravador nas entrevistas para facilitar a compreensão e obter um maior poder de registro. Gravações estas que foram transcritas pela pesquisadora, omitindo nomes ou informações que identificasse as profissionais participantes. As gravações foram destruídas após o término da pesquisa e da elaboração deste relatório de análise.

Renata Aparecida Belei et al (2008) destaca que:

É indicado o uso de gravador na realização de entrevistas para que seja ampliado o poder de registro e captação de elementos de comunicação de extrema importância, pausas de reflexão, dúvidas ou entonação da voz, aprimorando a compreensão da narrativa (BELEI, 2008, p.3).

As entrevistas foram marcadas previamente e feitas nos próprios CAPS II em sala separada das atividades do estabelecimento. Foi mantido em sigilo os nomes das profissionais entrevistadas e informações que por consequência pudessem identificá-las. Sendo que as entrevistas só foram iniciadas com o livre consentimento da profissional e sua autorização. Antes de iniciar a entrevista foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3.1.2. Conduta ética

O projeto de trabalho foi apresentado aos CAPS II de Taguatinga, Samambaia e Paranoá, que autorizaram a realização da pesquisa. Logo após a autorização dos CAPS II o trabalho foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília (CEP/IH/UnB), e aprovado antes do início dos trabalhos de campo, atendendo as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Antes da entrevista com as assistentes sociais serem iniciadas, foi explicado todos os cuidados éticos por parte da pesquisadora na realização desta pesquisa, sendo estes a garantia do sigilo dos seus nomes e informações que as identificasse, assim como ficaram avisadas que poderiam desistir de participar a qualquer momento da pesquisa. Posteriormente, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido onde cada uma assinou após a leitura deste documento dizendo estar ciente e disposta a participar da pesquisa.

3.1.3. As entrevistas

No mês de junho foram realizadas as entrevistas em cada CAPS II. As entrevistas foram agendadas individualmente com data e hora marcada, e ocorreram em salas separadas das atividades da instituição.

A duração das entrevistas teve em média 30 minutos, sendo que todas foram gravadas, um recurso para facilitar a posterior análise e compreensão de dados preservados com seu conteúdo totalmente original. Ambas as entrevistas foram realizadas com um roteiro de perguntas, por meio da entrevista semiestruturadas.

A pesquisa foi toda realizada com muita cautela e principalmente a transcrição dos discursos proferidos pelas assistentes sociais para que não sejam descaracterizados. Não há riscos para as profissionais participantes, pois a pesquisa tem o objetivo de compreender a atuação das assistentes sociais na área de saúde mental.

Ao final com a conclusão deste relatório de análise, este por sua vez foi apresentado às assistentes sociais entrevistadas para que avaliassem, fizessem suas considerações e críticas a respeito do trabalho.

3.1.4. Análise dos dados

Após o processo de transcrição de todas as entrevistas, a pesquisadora deu início à análise que refletiu a interpretação dos dados obtidos para a realização deste relatório de análise. Após a articulação dos dados obtidos o objetivo foi de elencar as principais informações referentes ao objetivo da pesquisa.

A análise e a interpretação não teve como finalidade contar opiniões das profissionais, mas sim explorar o conjunto de opiniões com a finalidade de abranger a totalidade em relação ao tema (MINAYO, 2011).

Na análise o propósito é ir além do descrito, fazendo uma decomposição dos dados buscando as relações entre as partes que foram decompostas e, por último, na *interpretação* (...) buscam-se sentidos das falas e das ações para se chegar a uma compreensão ou explicação que vão além do descrito e analisado. (MINAYO, 2011, p.80).

Por fim foi elaborado o relatório de análise dessa pesquisa.

CAPÍTULO 4

4.1. Análise de dados

Para compreender melhor atuação das assistentes sociais nos CAPS II, foram analisadas entrevistas semiestruturadas feita com as profissionais. A análise dos dados foi feita no sentido de entender a atuação e o trabalho desenvolvido dentro da instituição pelas profissionais, assim como também entender em relação ao atendimento com os usuários da instituição se este é pautado pelo modelo social da deficiência.

Para abarcar todas as informações contidas e para uma melhor compreensão, o texto está dividido em quatro eixos principais, sendo eles: O trabalho desenvolvido; A loucura como um conceito arbitrário; O transtorno e a capacidade para o trabalho; Cuidados. E dentro de cada eixo, subeixos temáticos.

Os eixos foram divididos separando os assuntos apenas para maior compreensão, mas todos os eixos são integrantes do trabalho das assistentes sociais nos CAPS II.

4.1.1. O trabalho desenvolvido

A equipe profissional dos CAPS II é composta por psiquiatras, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, técnicos administrativos, psicólogos e assistentes sociais. Todos trabalham de forma interdisciplinar.

Foi identificado nas entrevistas com as assistentes sociais de cada CAPS II assim como também a partir da minha experiência de estágio no CAPS II de Taguatinga, que o trabalho das assistentes sociais se desenvolve da seguinte forma:

- Acolher os pacientes avaliando critérios de inserção no serviço;
- Realizar oficinas terapêuticas;
- Formar e acompanhar grupos sócio-educativos;
- Elaborar projetos sociais com vistas à geração de renda e ocupação profissional;

- Participar de reuniões técnicas;
- Articular parcerias;
- Realizar visita domiciliar
- Realizar estudos-socioeconômicos e acessar benefícios sociais;

Todos os profissionais fazem acolhimentos – é protocolo da instituição - com os usuários que chegam à instituição, cada profissional tem seu dia da semana específico para realizar o acolhimento, e cada assistente social entrevistada também tem seu dia específico para realizar o acolhimento. Uma das assistentes sociais menciona:

“quinta-feira de manhã é o meu dia de acolhimento, porque cada servidor tem, como o CAPS funciona todos os dias com acolhimento sempre um dia tem um servidor pronto para o acolhimento” (Entrevistada 3).

Nos CAPS II, são feitos acolhimentos diariamente. O acolhimento é o atendimento inicial que serve como uma espécie de triagem para identificar se o caso em questão segue os critérios para a permanência no CAPS II, ou seja, uma espécie de identificação para saber se é demanda ou não da instituição. As demandas do acolhimento são espontâneas ou demandas encaminhadas de outras instituições. Para a inserção na instituição, os critérios são: ser maior de 18 anos, apresentar intenso sofrimento psíquico, preferencialmente com transtornos mentais severos e persistentes não-decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Casos relacionados a álcool e outras drogas são encaminhados para os CAPS AD. Caso não sejam identificados os critérios estabelecidos para entrar no serviço, a pessoa é encaminhada a outros serviços que a servirá de forma segura e garantida de acordo com o que ela necessita, desta forma esta não ficará desamparada. Segundo uma das assistentes sociais:

“acolhimento é quem vier de qualquer serviço ou chegar por conta própria pra gente escutar a história da pessoa e saber se é pra encaminhar ou se é caso de ficar aqui no CAPS ou se é caso de outro serviço atender” (Entrevistada 3).

No primeiro momento do acolhimento é feito um grupo com todas as demandas. A abordagem grupal tem o objetivo de informar sobre a instituição, e é seguido de um segundo momento realizado com técnicas de abordagem individual, com o objetivo da escuta da história de vida social e histórico da doença.

No acolhimento individual é feito uma entrevista com o usuário, pois a entrevista “nos permite uma interação com a realidade social” (CHAMALÚ, 2008, p.34). É necessário fazer o uso adequado desse instrumental para que ele possa servir como avaliação da entrada ou não do usuário na instituição. Essa avaliação pode ser feita pelo assistente social a partir de critérios previamente estabelecidos para a inclusão de pessoas na instituição, ou pode ser analisada na reunião técnica com opinião dos outros profissionais da equipe.

Após o acolhimento, é montado um plano terapêutico com o usuário que foi inserido na instituição – geralmente montado pelo enfermeiro ou psicólogo -, com as propostas de oficinas terapêuticas na qual o usuário deve participar. Ou seja, o atendimento no CAPS II segue a seguinte rotina: 1) o usuário participa do grupo de boas vindas – grupo que pode ser feito pela assistente social - junto com sua família, e 2) dá-se início ao tratamento cumprindo o plano terapêutico. Segundo uma das assistentes sociais, o grupo de boas vindas:

“é para quem foi acolhido e foi inserido no tratamento e aí é pra apresentar o CAPS, falar sobre o CAPS, apresentar os outros usuários também, para as pessoas terem uma noção uma ideia do que é o CAPS já que é uma ideia bem diferente de atendimento de outros tipos né, de centros de saúde, de hospital.” (Entrevistada 3).

Todos os profissionais têm seus grupos de trabalho com abordagens específicas e diversas, que funcionam como oficinas terapêuticas. Alguns grupos têm mais de um profissional de áreas diferentes. As oficinas são realizadas com o intuito de trabalhar a integração e a inserção social do usuário em um grupo pequeno, para melhorar sua relação interpessoal que pode estar ou não debilitada, promovendo a socialização e trabalhando com a sua autoestima. Como mencionado por uma das assistentes sociais:

“os grupos são mistos sendo compartilhados por idosos, jovens, pessoas não alfabetizadas, com boas condições financeiras ou não, pessoas com

esquizofrenia, depressão, transtorno bipolar, dentre outros, e o desafio inicial é manter uma linguagem igual a todos” (Entrevistada 1).

Regina Celia Tamaso Mioto e Vera Maria Ribeiro Nogueira (2009) argumentam que constitui um dos elementos estruturantes que sustentam a ação profissional as formas de abordagem dos sujeitos a quem se destinam as ações, e essas abordagens se realizam através dos instrumentos técnicos operativos. Tais instrumentos podem consistir em abordagens coletivas, grupais e individuais. Segundo as autoras, “para que uma reunião seja potencializada, enquanto instrumento de abordagem grupal buscando atingir objetivos da ação, pode-se utilizar como recurso técnicas de dinâmica de grupo” (MIOTO e NOGUEIRA, 2009, p.236). Então a assistente social com a demanda posta define os objetivos e o caráter da ação assim como as formas de abordagem e os instrumentos técnico-operativos.

As ações profissionais têm diferentes níveis de respostas para as demandas colocadas aos assistentes sociais, o trabalho profissional se organiza em três grandes processos, podendo ser eles: processos políticos-organizativos, processos de gestão e planejamento e processos sócio-assistenciais. Os processos desenvolvidos no trabalho profissional se particularizam no contexto das diferentes políticas sociais (MIOTO; NOGUEIRA, 2009).

O trabalho desenvolvido pelas assistentes sociais nos grupos particulariza o uso dos processos sócio-assistenciais. De acordo com Mioto e Nogueira (2009) o trabalho visa responder às demandas particulares com a perspectiva de construção da autonomia dos usuários no âmbito das relações institucionais e sociais. As ações dos processos sócio-assistenciais são divididas em quatro: ações periciais, ações sócio-emergenciais, ações sócio-terapêuticas e as ações socioeducativas (MIOTO; NOGUEIRA, 2009). Nos grupos realizados pelas assistentes sociais dos CAPS II são abordadas as ações sócio-terapêuticas que, de acordo com Mioto e Nogueira (2009):

Implicam em apoio diante de situações de sofrimento individual e/ou grupal vividas pelos usuários e/ou familiares, particularmente em momentos críticos (morte, recebimento de diagnósticos, acidentes), bem como a realização ou participação em ações terapêuticas, especialmente vinculadas à área de saúde mental (MIOTO; NOGUEIRA, 2009, p.240).

Assim como também pode ser usados nos grupos uma abordagem sócio-educativa:

Consistem em um movimento de reflexão entre profissionais e usuários que, através da informação e do diálogo, buscam alternativas e resolutividades para as demandas e necessidades dos usuários (MIOTO; NOGUEIRA, 2009, p.240).

Cada CAPS II designa profissionais para vários tipos de oficinas, existem oficinas de crochê, de música, de pintura, de cidadania, dentre outras temáticas. São oficinas com objetivos diversos, inclusive muitas são de capacitação produtiva e geração de renda, ou até mesmo socioeducativos, que podem também ser realizadas pelas assistentes sociais.

De acordo com Cláudia Mônica dos Santos e Karine Noronha (2010), para se trabalhar com grupos em serviço social há três abordagens. A primeira abordagem é a condição de existir nos grupos a realização de uma discussão sobre grupos na sociedade capitalista, ou seja, situar que os grupos são espaços de tensões devido ao processo histórico de dominação exploração e que são meios de compreender as classes sociais na sua dinamicidade. Uma segunda abordagem é a realização e um trabalho socioeducativo, sendo que o grupo manifesta a realidade total e as manifestações da questão social o trabalho é feito na totalidade. E na terceira abordagem os grupos buscam a universalização das questões, trabalhando na ampliação de direitos, tornando esse espaço um exercício democrático, com objetivo de reflexões e mudanças coletivas. (SANTOS; NORONHA, 2010).

São realizadas em todos os CAPS II uma vez por semana reuniões técnicas com o intuito de integrar informações - obtidas dos usuários - com todos os profissionais da equipe, como mencionado:

“Nas reuniões de equipe todos os servidores se reúnem (...) é bem interessante a reunião de equipe, são vários olhares sobre a mesma pessoa, sobre a mesma questão” (Entrevista 3).

Podemos dizer que é o ápice do trabalho interdisciplinar, pois todos os saberes e conhecimentos se unem para a intervenção nos casos discutidos na reunião.

Uma das assistentes sociais menciona que:

“o trabalho é desenvolvido a partir da dinâmica do interdisciplinar feito uma atuação em grupo, em muitos poucos momentos essa atuação se dá em torno do atendimento individual [...] pontuando como particularidade essa necessidade de trabalhar o interdisciplinar, enfocando a comunicação com os outros profissionais, não vai existir uma atuação em equipe uma atuação inter se não tiver uma comunicação em sintonia” (Entrevistada 1).

O trabalho interdisciplinar junto com o trabalho intersetorial são consequências implícitas do desenvolvimento do trabalho integral na esfera da atenção à saúde. De acordo com Regina Celia Tamasso Miotto e Vera Maria Ribeiro Nogueira (2009), ao considerar o aporte teórico-metodológico do serviço social, a integralidade é inerente à concepção ampliada de saúde - concepção essa que identifica os determinantes sociais da saúde, negando a consideração da saúde como ausência de doença. A integralidade apreendida na esfera político-administrativa “diz respeito tanto à forma de organização dos sistemas de saúde e serviços de saúde, [...] como na integração com os demais setores e serviços disponíveis para a atenção integral à saúde” (MIOTTO; NOGUEIRA, 2009, p.228). E a integralidade apreendida na esfera da atenção à saúde “diz respeito tanto à relação entre a realidade social e a produção da saúde como à relação equipe-usuário dos serviços e ações de saúde, considerando a necessária integração de saberes e práticas” (MIOTTO; NOGUEIRA, 2009, p.228-229).

O trabalho interdisciplinar desenvolvido no CAPS II através da reunião de equipe e do desenvolvimento cotidiano do trabalho em equipe – e até mesmo em grupos com mais de um profissional de diferentes áreas - envolve a integração de saberes profissionais em busca de um atendimento mais efetivo e eficaz realizado no espaço institucional, “superando as ações fragmentadas e buscando uma visão de globalidade” (MIOTTO; NOGUEIRA, 2009,p.229). E a intersetorialidade do trabalho está na superação da fragmentação dos conhecimentos assim como também das estruturas institucionais, “há a necessidade de integrar práticas e saberes de modo a contemplar a complexa realidade [...] e a construção de processos coletivos de trabalho” (MIOTTO; NOGUEIRA, 2009,230).

Além dos grupos que as assistentes sociais de cada CAPS II têm, elas também realizam atendimentos individuais. Segundo uma das entrevistadas “em muitos poucos momentos essa atuação se dá em torno do atendimento individual” (Entrevista 1), mas esses

atendimentos existem. Atendimento estes que podem ser por encaminhamento dos outros profissionais, demandas espontâneas do usuário ou a busca ativa do profissional.

“as demandas chegam ao serviço social através de encaminhamentos de outros profissionais do Centro, busca ativa, a escuta do assistente social junto ao usuário ou família e identificação de demandas, e a busca do usuário ao profissional do serviço social, por motivo de integração nos grupos e percepção de possível demanda” (Entrevista 1).

Devido ao trabalho no CAPS II ser interdisciplinar, de certa forma os profissionais compreendem os trabalhos realizados pelos colegas de equipe. Então, quando os profissionais de outras áreas trabalham com o usuário e percebem que o usuário tem demandas sociais, os encaminham para o Serviço Social. No caso da demanda espontânea do usuário, esta se dá devido à integração do usuário nos grupos, onde percebem suas demandas ao se comunicar com outros usuários. A busca ativa é feita pelo próprio assistente social, que procura identificar demandas com os familiares, pela equipe, nos prontuários, dentre outras formas.

No momento em que o assistente social faz o atendimento e o usuário conta suas vivências, seu histórico da doença, é necessário que o profissional faça uso da observação sensível no resgate da história do usuário. “O significado social de nossa intervenção social, consiste exatamente numa estratégia para o resgate dos direitos emancipatórios e inclusivos destes usuários no processo de desenvolvimento social” (CHAMALÚ, 2008, p.27). A observação sensível é conjugada ao uso da entrevista, que é um instrumento que possibilita o conhecimento mútuo e o contato com as questões trazidas pelos usuários que demandam serviços sociais. Por meio da entrevista o assistente social promove uma reflexão do usuário sobre a sua inserção na sociedade, além do benefício que trás ao trabalho a ser desenvolvido pelo assistente social, pois este apreende melhor as demandas colocadas para a obtenção de uma melhor resposta profissional. O profissional deve ter consciência da sua intencionalidade e explicitá-la para o usuário, no decorrer da entrevista deve respeitar o usuário no sentido de entender o seu silêncio e analisar as perguntas a serem feitas. (SANTOS; NORONHA, 2010).

Esses atendimentos individuais são realizados com o intuito de garantia de direitos. É realizado pelas assistentes sociais – a partir da entrevista no atendimento - o estudo

socioeconômico do usuário, que na Lei n. 8.662, no seu artigo 4º, atribui ao assistente social o estatuto de competência profissional. O estudo socioeconômico ou simplesmente estudo social serve como um instrumento de viabilização de direitos, os estudos sociais são estruturados a partir da realidade de um sujeito, de um demanda singular em uma totalidade. A sua realização está vinculada ao acesso a benefícios sociais de ordem material e financeira (MIOTO, 2009).

O trabalho do assistente social na instituição necessita da apreensão da relação teoria e prática, e como consequência a relação e articulação entre as dimensões teórico-metodológicas, ético-políticas e técnico-operativas para uma intervenção profissional competente. De acordo com Bisneto os assistentes sociais nos CAPS II são essenciais devido a sua formação crítica:

Esses serviços necessitam da participação do Serviço Social em proporção maior do que na internação [...] o Movimento de Reforma Psiquiátrica vem trazer uma abertura muito grande para a atuação do Serviço Social em saúde mental devido a formação social e política dos assistentes sociais. (BISNETO, 2011, p.37).

4.1.2. A loucura como um conceito arbitrário

O modelo social da deficiência retira do indivíduo a responsabilidade da opressão pelo corpo experimentada por pessoas com deficiência e a transfere para a sociedade, para uma realidade pouco sensível às diversidades corporais e aos diferentes estilos de vida (DINIZ, 2007). E o conceito de deficiência da Convenção sobre o Direito das Pessoas com Deficiência (2007) diz que são pessoas com deficiência aquelas que têm impedimentos de longo prazo que em interação com barreiras podem ter restringida a sua plena participação na sociedade. A partir do conceito de deficiência da Convenção e da definição do modelo social da deficiência, pode-se argumentar que a loucura está incorporada na compreensão de deficiência, pois as pessoas com transtornos também sofrem restrições de participação por conta de seus impedimentos em ambientes com barreiras.

As pessoas com transtornos vivem uma situação em que “sofrem a opressão pelo corpo sem que possuam impedimentos tradicionalmente compreendidos pelos saberes biomédicos como correspondentes à deficiência” (BARBOSA, et al. 2010, p.51). O modelo social e a definição da Convenção abarcam essas pessoas, para que possam ter garantias de justiça social.

O modelo da deficiência como restrição de participação está presente na fala de algumas assistentes sociais entrevistadas. Uma delas sugere que:

“tem casos de deficiências que eles conseguem sim se readaptar ao meio, se reabilitar conforme a oportunidade que deem de acesso a eles, seja a deficiência ela que seja se tiver como adaptar o espaço é possível”
(Entrevistada 1).

Ou seja, a partir dessa fala entende-se que a noção social de deficiência embasa seu pensamento, devido à compreensão, mesmo que ainda em construção, da existência de barreiras em ambientes pouco sensíveis que possam restringir a plena participação da pessoa com impedimentos. Ela finaliza dizendo que mesmo sendo qualquer deficiência caso seja possível a modificação do espaço para a inserção da pessoa está passa a ter oportunidade de participação.

Outra assistente social entrevistada, por sua vez, menciona que:

“deficiência vejo como uma limitação, dificuldade ou obstáculo para compreender, acessar ou realizar algo ou algo que não funcione bem, que não tem condições de funcionar com plena autonomia sozinho”
(Entrevistada 2).

Nessa fala temos a ideia de que existem os impedimentos no corpo e que esses impedimentos são experimentados como deficiência em ambientes pouco sensíveis ou nada sensíveis à diversidade corporal. Devido à existência dos impedimentos e de ambientes poucos sensíveis essas pessoas precisam de cuidados e atenção. Esses cuidados são necessários porque o ambiente não favorece condições de plena participação, o que define um entendimento mesmo que prematuro do modelo social da deficiência.

Nas entrevistas realizadas, o transtorno mental como uma deficiência não é algo consensual. Para as assistentes sociais entrevistadas, definir essa relação é algo arbitrário. Uma das assistentes sociais já inicia sua fala mencionando a seguinte frase “a doença mental pode ou não ser uma deficiência” (Entrevistada 2). Isso, no entanto, é algo que também não encontra consenso na literatura disponível. É uma aproximação permitida apenas por uma compreensão social da deficiência, expressa no conceito da Convenção. Devido a definição de deficiência na Convenção, a qual pessoas com deficiência são aquelas com impedimentos corporais que ao interagir com ambientes pouco sensíveis à diversidade humana podem obstruir a participação da pessoa. Devido a essa definição pode-se argumentar que a loucura está incorporada na compreensão de deficiência.

Em relação à aproximação do transtorno mental com a deficiência uma das assistentes sociais menciona:

“em alguns momentos a gente pode considerar ela deficiência sim [...] inclusive eu acredito que até esquizofrênicos que são dados como casos mais graves conseguem fazer essa superação a partir do momento que eles tem essa compreensão de quem ta no meio, de quem ta no ambiente que eles tem alguma limitação e passe para eles alguma atividade que eles saibam que há potencial para realizar [...] eles tem sim habilidades, basta que saibam ter um aproveitamento e uma condição legal para isso” (Entrevistada 1)

Pode-se notar que há novamente a questão do impedimento existente no corpo assim como as barreiras no ambiente, sendo que as barreiras podem resultar na participação restringida da pessoa na sociedade. O exemplo dado pela assistente social ilustra que a pessoa com o transtorno mental tem um impedimento, ou como ela cita limitação, mas que como todas as pessoas têm também suas potencialidades, potencialidades essas que em um ambiente sensível a diversidade pode favorecer sua participação. Ou seja, há uma evidente compreensão por parte da assistente social de aproximação da situação da loucura à deficiência.

Uma das assistentes sociais fala expressamente que não aproxima o transtorno mental da deficiência devido a carga conceitual do termo deficiência. Isso se dá devido ao conceito de deficiência do senso comum articulado ao modelo biomédico – modelo este

hegemônico -, que coloca a deficiência como uma tragédia pessoal, onde a pessoa com deficiência está fora de uma expectativa de normalidade dos corpos e deve ser tratada e normalizada (DINIZ, 2007). Devido a essa ideia o termo deficiente para o senso comum é visto como um problema pessoal e ninguém quer ser comparado a um deficiente. Mas o modelo social veio para mudar essa ideia, e retirar do sujeito a responsabilidade pela desigualdade social vivida, colocando a responsabilidade nas barreiras existentes, pois ambiente social que é pouco sensível a diversidade de modos de vida. “O modelo social afirmou a insuficiência da biomedicina para enfrentar a questão da deficiência como um desafio de direitos humanos” (BARBOSA, et al. 2010, p.44).

Na fala das assistentes sociais é possível interpretar que, mesmo que para elas o transtorno mental não seja uma deficiência, definir essa relação é algo arbitrário. Pode-se argumentar que o conceito de deficiência abrange os transtornos mentais. Uma das assistentes sociais cita que, para enxergar essa aproximação, “depende de como a vemos, de qual ângulo olhamos, da sensibilidade e do conhecimento que dispomos dentro de nós para visualizá-la” (Entrevistada 2). Nas falas há indícios do uso do modelo social, isso se dá também devido à formação profissional crítica dos profissionais do Serviço Social no geral. Uma formação que teve como marco a ruptura com o conservadorismo e aliança à tradição marxista, que lida com a questão social em sua totalidade.

O projeto ético-político profissional tem em seu núcleo o reconhecimento da liberdade, e a dimensão política do projeto profissional é a favor da equidade e da justiça social com vistas à universalização dos direitos e a ampliação e consolidação da cidadania dos sujeitos. E o campo teórico-metodológico é aliado à teoria social crítica.

A questão social “enquanto parte constitutiva das relações sociais capitalistas, é apreendida como expressão ampliada das desigualdades sociais” (IAMAMOTO, 2001, p.10). É a manifestação das múltiplas expressões da contradição capital x trabalho, onde o assistente social intervém.

São múltiplas as expressões da questão social, pois de acordo com José Paulo Netto (2009) a questão social é fragmentada, ou seja, as sequelas da questão social são recortadas como problemáticas particulares, para a intervenção estatal. E a política social deve constituir-se em *políticas sociais*, como a questão do desemprego, da fome, da incapacidade

física, dentre outras, e assim serem enfrentadas, ou seja, a questão social é atacada nas suas refrações (NETTO, 2009).

Mas o serviço social devido ao seu projeto profissional crítico intervém nas manifestações da questão social visando a sua totalidade. De acordo com Marilda Villela Iamamoto (2006):

Orientar o trabalho nos rumos aludidos, requisita um perfil profissional culto, crítico e capaz de formular, recriar e avaliar propostas que apontem para a progressiva democratização das relações sociais. Exige-se, para tanto, compromisso ético-político com os valores democráticos e competência teórico-metodológica na teoria crítica em sua lógica de explicação da vida social. Estes elementos, aliados à pesquisa da realidade possibilitam decifrar as situações particulares com que se defronta o assistente social no seu trabalho, de modo a conectá-las aos processos sociais macroscópicos que as geram e as modificam. (IAMAMOTO, 2006, p.35).

O assistente social que intervém na área da saúde mental deve ter uma compreensão de toda a conjuntura estrutural da sociedade, para assim prestar com qualidade os serviços à população. Então o trabalho desenvolvido pelo profissional devido ao viés crítico da profissão se articula com o modelo social da deficiência. Pois o modelo social analisa a estrutura da sociedade, retirando do indivíduo a responsabilidade da opressão pelo corpo e da desigualdade sofrida, transferindo essa responsabilidade para os ambientes sociais com barreiras à plena participação das pessoas com deficiência. E assim como o código de ética da profissão o modelo social também tem vistas ao tratamento com equidade e justiça social à todas as pessoas, sejam elas pessoas com impedimentos ou pessoas sem impedimentos.

O modelo social não retira a importância do tratamento, apenas amplia a visão para além do campo médico, assim como também critica a valorização de corpos sem impedimentos, pois todos devem ser tratados com equidade e justiça social. A crítica está no fato do modelo biomédico traduzir a deficiência como uma tragédia pessoal, onde o corpo com impedimentos deve ser normalizado para depois voltar a sociedade. Não são os impedimentos que determinam a desvantagem, mas sim a interação desse corpo com impedimento em um ambiente que não garante a sua plena participação, que é pouco sensível

à diversidade, onde não são os impedimentos que constituem a deficiência e sim o resultado da interação do corpo com impedimentos nesses ambientes. E são as políticas públicas e sociais voltadas a essa população que refletem os ideais de inclusão social e eliminação das barreiras (BARBOSA, et al. 2010).

4.1.2.1. Os direitos

No âmbito das políticas públicas as maiores demandas dos usuários do serviço são voltadas à seguridade social – composta pela saúde, a previdência e a assistência social. Mais especificamente no âmbito da assistência social, o BPC – Benefício de Prestação Continuada, e no âmbito da previdência, a aposentadoria. Outra grande demanda dos usuários da instituição é a questão da aquisição do passe livre, um benefício do Governo Federal.

No âmbito da política de Assistência Social, o benefício mais procurado é o Benefício de Prestação Continuada (BPC), um benefício assistencial não contributivo. o BPC é um direito de cidadania, instituído pela Constituição Federal de 1988 (artigo 203, inciso V) e regulamentado pela LOAS Lei nº 8742 de 7 de dezembro de 1993 – Lei Orgânica de Assistência Social, capítulo IV seção I. Uma das assistentes sociais menciona que o “INSS é o que mais tem demanda, é uma demanda própria deles mesmo” (Entrevistada 3). Em relação à demanda pelo BPC quase todos os usuários do CAPS II apresentam interesse, devido à situação que se encontram, pois na maioria dos casos não estão empregados, “a desvantagem social que as pessoas com impedimentos corporais enfrentam é denunciada em razão de discursos, práticas e valores sociais privilegiarem pessoas sem deficiência” (SANTOS, 2010, p.117).

O BPC é um benefício que garante o valor de um salário mínimo a idosos com 65 anos ou mais e a pessoas com deficiência que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção nem de tê-la provida por sua família (BRASIL, 1993). É um benefício referência para essa população porque garante a proteção às necessidades individuais básicas. O problema, no entanto, está na elegibilidade ao programa, que tem critérios restritos de pobreza, pois a LOAS em seu artigo 20 § 3º determina como critério para elegibilidade do BPC que a família tenha renda mensal per capita inferior a ¼ do salário (BRASIL, 1993).

Para a concessão do benefício é realizado a perícia médica, onde há uma avaliação da deficiência e do grau de impedimento de que trata o artigo 20 § 6º da Lei 8.742 de 7 de

dezembro de 1993, assim como há também a avaliação social realizada por assistentes sociais. O modelo biomédico foi hegemônico nas perícias médicas que dão acesso ao benefício, mas se mostrou insuficiente (SANTOS, et al. 2010). Com a adoção da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) em 2009 e a ratificação da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência em 2008, os critérios de elegibilidade se ampliaram (SANTOS, et al. 2010). De acordo com Wederson Santos e Janaína Penalva:

A CIF possui critérios de identificação das pessoas com deficiência diferentes das classificações biomédicas, pois avalia as pessoas com impedimentos corporais inseridas em distintos ambientes sociais, o que torna a compreensão da deficiência como um fenômeno multidimensional com características biopsicossociais (SANTOS; PENALVA, 2010, p.137).

Devido a essa ampliação da deficiência como resultado da interação de corpos com impedimentos e a sociedade pouco sensível, e a partir da argumentação da loucura incorporada na compreensão de deficiência o benefício também é concedido a pessoas com transtornos mentais. “Nas perícias realizadas nas agências do INSS, as condições corporais, os estados de saúde, o histórico trabalhista e a restrição de participação social são alguns dos aspectos avaliados para mensurar o quanto o corpo pode acessar a proteção social do BPC” (SANTOS; PENALVA, 2010, p.134). De acordo com Wederson Santos (2010) a CIF oferece condições de avaliar a saúde e determinantes relacionados à saúde, não somente de pessoas com impedimentos corporais, mas todas as pessoas.

Outro determinante da ampliação do conceito de deficiência que está na LOAS, veio com a ADPF n.182 no ano de 2009, que sustentava que o conceito de deficiência da LOAS estava em desacordo com a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (SANTOS, 2010). O que resultou na Lei 12.435, de 6 de julho de 2011, a qual modificou o artigo 20º da LOAS, retirando a questão da incapacidade para a vida independente e para o trabalho como critério de concessão do benefício. Ampliando assim o conceito de deficiência - passando a estar de acordo com a definição da Convenção - para fins de concessão do benefício. O que por sua vez como consequência da margem à inclusão das pessoas com transtornos mentais acessarem ao benefício. Uma das assistentes sociais menciona que:

“Eu acho até que também por parte desses órgãos que liberam os benefícios, os principais usados pela gente, eles também entendem, eles já abrangem um pouquinho mais para a questão do transtorno, porque senão não entregariam o benefício, nem o passe-livre” (Entrevistada 3).

No âmbito da política de Previdência Social, é mencionado pelas profissionais que a grande requisição está na aposentadoria, pois está pode garantir uma segurança à pessoa com transtornos mentais, a segurança que eles têm quando estão trabalhando, pois podem ter seu salário garantido também como subsídio para a continuação do tratamento. Uma das assistentes sociais menciona que eles ficam muito focados na questão de conseguir se aposentar de alguma forma, pois a aposentadoria é um sinônimo de estabilidade. Muitos se aposentam devido a sua idade, pois os trabalhadores do sexo masculino têm direito a se aposentar a partir dos 65 anos de idade e as trabalhadoras do sexo feminino a partir dos 60 anos de idade. Assim como há casos de aposentadoria por invalidez, benefício concedido a trabalhadores que, por doença, forem considerados pela perícia médica do INSS incapacitados para realização de atividades de sustento (BRASIL, 1991).

Em relação ao passe-livre, uma das assistentes sociais menciona “a gente faz muita orientação mesmo quanto às questões de passe-livre”. O passe-livre tem um caráter de apoio ao tratamento, pois como o CAPS II designa rotinas diárias aos usuários do serviço é bastante necessário possuir o passe-livre para amenizar gastos.

O passe-livre é um benefício do Governo Federal, regulamentado pela Lei nº 8.899, de 29 de junho de 1994. Que concede passe livre às pessoas portadoras de deficiência no sistema de transporte coletivo interestadual. E assim como o BPC o passe-livre também tem critérios de renda, pois para sua concessão a pessoa requerente tem que comprovar renda familiar mensal per capita de até um salário mínimo. O passe-livre é destinado a pessoas com deficiência e muitos usuários dos CAPS II também conseguem acessar o benefício.

4.1.3. O transtorno e a capacidade para o trabalho

Em todas as entrevistas há um aparecimento da categoria trabalho. As assistentes sociais elaboram projetos sociais com vistas à geração de renda e ocupação profissional,

buscam parcerias, fazem encaminhamentos para a Agência do Trabalhador, ou seja, desenvolvem também um trabalho voltado para a orientação a respeito da inserção ou reinserção dos usuários do serviço no mercado de trabalho. Uma das assistentes sociais menciona:

“a gente se esforça pra fazer alguma orientação a respeito do mercado de trabalho, ainda encaminho mais pra Agência do Trabalhador, que já tiveram alguns casos de sucesso, poucos, mas já houveram, cursos também que tem aqui [...] ai a gente agora ta fazendo uma parceria com o IFB, mas ainda ta bem recente, mas assim a gente tenta também ir por esse lado porque às vezes é uma questão dele e eu confesso que pra eles é difícil também se inserir no mercado de trabalho” (Entrevistada 3).

4.1.3.1. O adoecimento

O trabalho é vital à sobrevivência do homem, assim como a obtenção da renda a partir do trabalho. Mas na atual conjuntura de superprodução e superlucro, que não incorpora aqueles com impedimentos corporais acaba os excluindo desse processo sendo a exclusão um resultado das barreiras e não dos impedimentos do corpo, “em um mundo hostil a quem tem impedimentos corporais, obter esse rendimento por meio do trabalho não é tarefa fácil” (MEDEIROS, et al. 2010, p.14). O capital tem sede de lucro. E como estratégia para recuperar seus lucros – principalmente na atual conjuntura, que o Estado desenvolve estratégias políticas e econômicas para salvar a economia - precariza o trabalho, reduzindo os direitos sociais e trabalhistas e explorando ainda mais o trabalhador. “As novas formas de gestão do trabalho, alimentadas pelo “espírito” toyotista, implantam estratégias de racionalização, as quais têm implicado em redução da mão de obra trabalhadora e em maior envolvimento e exploração daqueles que permanecem empregados. Assim, os novos mecanismos de controle e coerção não se fazem sem atingir a saúde mental dos assalariados” (SEILIGMANN-SILVA, 2005 In. LOURENÇO, 2008, p.2).

Muitos usuários do CAPS II nunca trabalharam devido a não sensibilidade por conta do mercado de trabalho com a sua doença. E muitos trabalhavam, mas devido a exploração aliada a precárias condições de trabalho, por consequência ficaram doentes.

No trabalho, muitas vezes, os trabalhadores não podem ser eles mesmos, humanos; precisam ser entes personalizados, coisas, objetos, seres sem emoção e razão; representam um personagem, que é diferente do “eu”. Esta des-humanização do trabalho leva ao sofrimento patológico, através de doenças físicas e psíquicas, visíveis no sistema músculo-esquelético, na pele, no sistema digestivo, e inúmeros outros (BEVIAN e ASSMANN, 2012, p.5).

Nas relações de trabalho, o que impera são as relações de poder, de resistência ou aceitação. Como na sociedade capitalista o trabalhador necessita do emprego, ele se sujeita a exploração, pois necessita de sustento para si e para sua família.

Foucault (1979) descreve que cada sociedade tem o seu regime da verdade, “os tipos de discurso que ela acolhe e faz funcionar como verdade” (FOUCAULT, 1979, p.12), e essas verdades são conjuntos de regras que fazem a distinção do verdadeiro e do falso, e no caso àquilo que é posto como verdadeiro se atribui efeitos específicos de poder, onde cada um tem um estatuto da verdade e do papel econômico-político que desempenha na sociedade. Esse regime da verdade “não é simplesmente ideológico ou superestrutural; foi uma condição de formação e desenvolvimento do capitalismo” (FOUCAULT, 1979, p.14).

E aqueles que não se adaptam ao regime da verdade e não podem mais servir ao capitalismo são excluídos, como objetos que não servem mais. Então a medicina serve ao poder, onde esquadrinha os indivíduos resultando como uma verdade absoluta aquilo que foi estabelecido pela medicina, a partir de uma disciplina hospitalar que distribui os doentes em um espaço onde podem ser vigiados para assim poder ser registrado o que acontece.

“o grande medico do asilo [...] é aquele que pode dizer a verdade da doença pelo saber que dela tem, e aquele que pode produzir a doença em sua verdade e submetê-la, na realidade, pelo poder que sua vontade exerce sobre o próprio doente” (FOUCAULT, 1979, p.122).

Foucault relata que havia um mecanismo da exclusão com o intuito de purificar o espaço urbano desde a Idade Média onde o leproso, por exemplo, logo que descoberto era exilado. Medicalizar alguém era excluí-lo e assim por sua vez purificar os outros. Em relação à loucura descreve que:

“O próprio internamento dos loucos, malfeitores, etc., em meados do século XVII, obedece ainda a esse esquema. [...] O poder político da medicina consiste em distribuir os indivíduos uns ao lado dos outros, isolá-los, individualiza-los, vigia-los um a um, constatar o estado de saúde de cada um, ver se está vivo ou morto e fixar, assim, a sociedade em um espaço esquadrinhado, dividido, inspecionado, percorrido por um olhar permanente e controlado por um registro tanto quanto possível completo, de todos os fenômenos.” (FOUCAULT, 1979, p.88).

Aqueles excluídos do mercado de trabalho vão para hospitais psiquiátricos, “lugar de diagnóstico e classificação [...] campo institucional onde se trata de vitória e de submissão” (FOUCAULT, 1979, p.122).

E essas relações de poder do trabalho sobre o trabalhador se mostram no cotidiano do trabalho:

Absorvendo-os como se fossem seus, não têm trazido, em contrapartida, ganhos para o mesmo, nem em termos salariais, nem em qualidade de vida, ao contrário disso tem gerado situações de pressão para o alcance de metas, de uma maior sobrecarga de trabalho e de horas trabalhadas, na perda da privacidade, que resultam em sofrimento físico e psicológico, com lesões irreversíveis, do ponto de vista das funções do corpo e das enfermidades que afetam a saúde mental. (MIRANDA, et. al. 2010, p.5)

As limitações são impostas pelo mercado de trabalho que requer pessoas que possam produzir lucros, requer “um tipo ideal de sujeito produtivo” (DINIZ, 2007, p.23). E devido a essa não sensibilidade do mercado de trabalho, a inserção das pessoas com transtornos mentais no mercado de trabalho é mais complicada. Sendo que as pessoas são diferentes umas das outras, é necessário aceitar que com os mesmos recursos elas terão capacidades diferenciadas (MEDEIROS, et. al. 2010). Uma das assistentes sociais menciona que:

“Para eles é difícil também se inserir no mercado de trabalho [...] Com certeza eles ficam atrás do que as pessoas que não fazem tratamento e não tem nenhum problema de saúde, mas ao mesmo tempo eu tenho que impulsionar eles a competir de forma não igual né, porque deficiência todo

mundo tem em algum setor da vida, ou dificuldade né e as vezes é um universo muito variável, não é todo mundo igual né, todo mundo é diferente e os tipos de sofrimentos são diferente, dos transtornos, do tipo de remédio que usam, são limitações muito diferentes umas das outras [...] porque né de qualquer forma uma pessoa que sofre de um transtorno grave ou persistente dificulta muito a vida dela, e afeta relação com familiares, no ambiente de trabalho” (Entrevistada 3).

O adoecimento pelo trabalho é tratado como se fossem problemas individuais. “O que se observa é que o trabalho, enquanto categoria ontológica da existência humana sofre profunda modificação no decorrer da história da efetivação do sistema capitalista. Afeta não apenas a forma e o produto, mas, sobretudo, o produtor (trabalhador).” (LOURENÇO, 2008, p.13). A questão do adoecimento psíquico pode se manifestar de diversas formas devido a diferentes determinantes, mas nem sempre o trabalho precário e a exploração são vistas como determinantes e a culpa recai a apenas para o indivíduo e este é estigmatizado como incapaz para o trabalho, considerando como uma tragédia pessoal.

A pessoa com deficiência e a pessoa com transtornos mentais não são vistas pelo capitalismo como um tipo ideal de sujeito produtivo. Devido a essa lógica capitalista eles são excluídos do mercado de trabalho. E o modelo social explica o sentido dessa exclusão, pois o sistema opressivo leva pessoas com impedimento a experimentarem a deficiência, ou seja, as pessoas com deficiência e os loucos devido ao seu impedimento seja ele qual for experimentam a deficiência e a opressão pelo corpo. Sendo que muitos dos impedimentos são causados por desgaste físico e mental devido à exploração no trabalho. O Modo de Produção Capitalista é muito pouco sensível aos diferentes modos de vida, não entende que a deficiência é “uma das muitas formas corporais de estar no mundo” (DINIZ, 2007, p.7-8).

4.1.4. Cuidados

Ao se falar em cuidados existem duas óticas. Primeiramente os cuidados às pessoas com deficiência – e aqui definido o transtorno mental como deficiência. Logo depois os cuidados aos cuidadores das pessoas com deficiência.

Os cuidados às pessoas com deficiência são proporcionados, na maioria dos casos, pela família, seja qual for a maneira que ela estiver constituída. Segundo uma das entrevistadas:

“são orientados sobre a importância de participarem do tratamento (...) a família geralmente é chamada a contribuir, quando a autonomia do usuário parece não preservada” (Entrevistada 1).

Ou seja, pode-se entender que a família é o pilar de apoio ao tratamento. Até mesmo devido a situação fragilizada que a maioria dos usuários do serviço se encontra é necessário esse acompanhamento por parte do familiar. Outra assistente social cita que:

“muitas vezes eles precisam estar acompanhados pra até compreender as orientações” (Entrevistada 3).

Os familiares são, assim, os acompanhantes mais indicados, pois estes poderá dar o suporte necessário no convívio diário.

Além da instituição promover o tratamento ao usuário do serviço que tem transtorno mental, também dá apoio aos familiares, ditos como cuidadores dos usuários “pois esta não é apenas considerada como quem cuida, mas principalmente como merecedora de cuidados para que possa desenvolver sua função” (BUSSULA, et al. 2009, p.3). Estes por sua vez precisam de orientações sobre os transtornos mentais, orientações sobre formas de melhoria do convívio familiar, sobre os cuidados necessários às pessoas com transtornos mentais assim como também um apoio à saúde do próprio familiar cuidador.

Mesmo sendo de extrema importância a participação da família no processo de acompanhamento, tratamento e cuidados ao PTM, é preciso reconhecer que esta também tem suas fragilidades, pois se encontra em uma situação complexa, responsável por uma pessoa que possui necessidades e comportamentos até então desconhecidos, não tendo, muitas vezes, o preparo e apoio suficientes para lidar com esta tarefa. (BUSSULA, et al. 2009, p.12).

Os CAPS II têm um grupo de apoio exclusivo para a família, com a participação apenas dos membros que cuidam do usuário. Uma das assistentes sociais mencionou que a

existência desse grupo se dá devido à percepção por parte dos profissionais da instituição que a família:

“tem esse adoecimento junto e o retorno à saúde também é muito diferente quando o familiar tá envolvido no processo [...] quando eles estão junto a vida deles até, dos familiares, fica mais fácil porque deixar o usuário piorar pra depois ter que sair correndo atrás dessas coisas emergenciais é muito mais complicado para os próprios familiares” (Entrevistada 3).

Nesse sentido de proporcionar atenção também aos cuidadores, pode-se argumentar que a visita domiciliar é o momento que o assistente social tem um maior contato com a realidade social do usuário, podendo na visita trabalhar melhor com a família. É uma ação desenvolvida inerente ao projeto terapêutico.

Com ela o profissional tem a oportunidade de recolher informações sobre determinada realidade que beneficie o usuário em questão ou contatar indivíduos do universo de relações do usuário, seja para o profissional aprofundar seu conhecimento sobre a população atendida, seja para propiciar o contato do usuário com demais pessoas de seu interesse (SANTOS e NORONHA, 2010, p.54).

A visita então é um instrumento profissional que também serve para orientar os familiares cuidadores do usuário, é uma ação além das reuniões na própria instituição.

Através desse trabalho proporcionado pela instituição ao cuidadores, tanto dos grupos como as visitas ou até mesmo o atendimento ao familiar, que há a evidencia de diversos problemas que podem existir no seio familiar, os quais o assistente social pode intervir. Muitos problemas enfrentados pelas famílias cuidadoras estão na dinâmica familiar. Dentre os problemas estão, a responsabilização de um ente familiar – que na maioria das vezes é mulher -, onde há uma sobrecarga física, econômica e emocional. As famílias enfrentam um desgaste cotidiano, devido à desinformação, a dificuldades financeiras e até mesmo pelo julgamento da sociedade. Uma das assistentes sociais menciona:

“É revelado aí a continuidade da figura do feminino nesse papel, é possível ver o quanto a família depende do Estado para a aquisição de medicamentos de alto custo, cujo a família não consegue também se inserir no mercado de trabalho, pois tem que cuidar pessoalmente do seu ente adoecido, e aqueles que conseguem estudar, trabalhar e adquirir mais estrutura, mais tarde não são os cuidadores, pois não há tempo para tanto. Ou seja, a sistemática que a família está inserida, necessita de muito investimento do serviço social [...] é preciso construir juntos perspectivas para futuramente essa relação ser garantida como sustentável.” (Entrevistada 1).

A família não pode ser responsabilizada como um fator de adoecimento da pessoa com transtorno mental. Ao ser realizado um trabalho junto à família do usuário, essa atuação não pode ser no sentido de achar o culpado pela condição que se encontra a pessoa com transtorno mental. A atuação deve ser com uma abordagem de fortalecimento de ambas as partes, fortalecimento do usuário que se encontra fragilizado e fortalecimento do familiar para que este seja o apoio do usuário no tratamento (BUSSOLA, et al. 2009).

Os assistentes sociais ou outros profissionais da instituição devem estar capacitados para atuar nessas diferentes dimensões, mostrando as possibilidades de um melhor convívio com a pessoa com transtorno mental, mostrando também que o CAPS II é um serviço de apoio para o como cuidar da pessoa e para atender também aos familiares.

O atendimento aos familiares está na perspectiva de não deixar os familiares cuidadores adoecerem com os usuários, além do fortalecimento do vínculo, capacita-los para que possam ajudar à pessoa com transtorno mental no seu tratamento. “Nesse contexto, postula-se a orientação e o acompanhamento como ações de natureza socioeducativas que, como os próprios nomes indicam, interferem diretamente na vida dos indivíduos, dos grupos e das famílias” (MIOTO, 2009, p.499).

O cuidado proporcionado às pessoas com deficiência é embasado pelo princípio da justiça. “O objetivo final deve ser o de reconhecer as relações de dependência e cuidado como questões de justiça social para deficiente e não-deficientes” (DINIZ, 2007, p.70). A abordagem familiar é realizada pelos CAPS II mesmo sem existir efetivamente políticas públicas voltadas a essa população específica, pois os profissionais notam a importância da família no tratamento. E uma das assistentes sociais menciona sobre essa carência:

“É possível perceber principalmente a carência de suporte para que a família, os cuidadores, possam ser cuidados também” (Entrevistada 1).

A abordagem familiar é um encargo de todos os profissionais da equipe, nenhum profissional deve ter monopólio. O que deve ser priorizado no trabalho junto aos familiares é a interdisciplinaridade, um trabalho desenvolvido com profissionais de diferentes áreas do conhecimento cujas ações devem ser articuladas com um objetivo em comum o de proporcionar um tratamento de qualidade e não como forma de sobrepor saberes, pois cada qual tem sua valiosa contribuição a oferecer à pessoa com transtorno mental e a sua família, nos mais diferentes aspectos (BUSSULA, et al. 2009).

CONCLUSÃO

Os impedimentos corporais para o modelo social da deficiência são vistos como diversidades do corpo, pessoas com impedimentos representam as várias formas de estar no mundo, ou seja, os “impedimentos corporais não levam automaticamente à deficiência” (SANTSO, 2010). Essa população vivencia a desigualdade e a restrição de participação devido a ambientes com barreiras que são não sensíveis à sua diversidade corporal, como consequência experimentam a deficiência e sofrem a opressão pelo corpo.

A doença mental tem como impedimento as várias causas dos transtornos mentais. Pessoas com transtornos mentais também encontram barreiras no ambiente que não permitem a sua plena participação, pois o contexto social é pouco sensível à sua situação. São vistas como fora da norma. Sofrem opressão pelo corpo assim como as pessoas com deficiência, sendo que as pessoas com transtornos mentais podem também ser consideradas como um dos diversos modos de viver no mundo, assim como a deficiência.

A loucura e a deficiência se aproximam historicamente por serem estigmatizadas pela lógica capitalista vigente, devido a ambos não serem produtivos para o capitalismo e o conceito de deficiência atual incorpora a loucura, devido à definição de deficiência da Convenção e do modelo social da deficiência.

O presente trabalho se propôs a analisar o trabalho desenvolvido pelas assistentes sociais dos CAPS II do Distrito Federal, com o intuito de saber se sua atuação era pautada pelo modelo social da deficiência ou pelo modelo biomédico. Com a seguinte hipótese: o assistente social faz atendimentos fundamentados em uma noção social da deficiência, trabalhando com o indivíduo e sua família.

Os CAPS II são dispositivos da política de saúde mental do Brasil que visa um tratamento diferenciado dos hospitais psiquiátricos. São consequência da Reforma Psiquiátrica vinculada à conquista do SUS pela Reforma Sanitária. É realizado um tratamento com fins a evitar internações. Os usuários dos CAPS II são pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, que devido a sua situação sofrem restrição de participação.

Com a realização das entrevistas, transcrição e análise, é possível interpretar que o Serviço Social deve realizar um trabalho de forma a favorecer o exercício da cidadania e reinserção social dos usuários na sua comunidade, pois estes são sujeitos de direitos, assim como a realização de um trabalho que dê suporte ao tratamento do usuário na instituição. Isso se dá devido ao caráter da profissão que desenvolve um trabalho de intervenção no lado social do usuário, ou seja, o trabalho é desenvolvido com ênfase à dimensão social dos problemas mentais, com intuito de emancipar o usuário do serviço sujeito de direitos. O assistente social é um profissional que atua na saúde mental prestando serviços de qualidade, devido ao seu projeto ético-político crítico – pois a profissão tem uma dimensão crítica do social devido a incorporação com o movimento de ruptura à teoria marxista -, atuando assim no campo social e não no psíquico. Pois a justificativa da atuação do serviço social na área da saúde mental está na questão de levar em consideração os determinantes sociais, assim como o contexto social dos indivíduos com transtornos mentais.

Em relação ao trabalho ser ou não fundamentado em uma noção social da deficiência, é possível interpretar que, mesmo que para as assistentes sociais o transtorno mental não seja uma deficiência e isso também devido ao transtorno mental não ser tradicionalmente uma deficiência, todas as assistentes sociais entrevistadas reconhecem que definir essa relação é algo arbitrário. Pois com a ampliação do conceito de deficiência pela Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e da argumentação do modelo social sobre as barreiras devido às estruturas sociais que priorizam pessoas sem impedimentos e dessa forma desloca do indivíduo para a estrutura a responsabilidade em lidar com a deficiência (SANTOS, 2010), pode-se então argumentar que o conceito de deficiência abrange os transtornos mentais. Porque assim como a deficiência a atenção às pessoas com transtornos mentais deve ser dada a toda amplitude da doença e seus vários determinantes e “não se reduz a ações exclusivas sobre as questões subjetivas” (BRAVO; MATOS, 2006, p.213). E embora as assistentes sociais não assumam a aproximação conceitual entre loucura e deficiência, o trabalho desenvolvido é pautado pelo modelo social da deficiência, buscando intervir nas relações de opressão com vistas à justiça social e não apenas na normalização dos corpos dos usuários.

Mas essa ideia não é algo definitivo devido a não existência dessa argumentação na literatura disponível, tanto sobre deficiência como sobre os transtornos mentais. Ou seja, não existem teorias que comprovem essa relação.

Essa aproximação da deficiência e dos transtornos mentais também pode ser notada nos critérios de concessão do BPC, pois “no que se refere ao critério de deficiência para acesso ao benefício, há uma tendência à ampliação da cobertura a corpos tradicionalmente não compreendidos como deficientes” (MEDEIROS, et. al. 2010, p.19). As pessoas com transtornos mentais não são compreendidos tradicionalmente como deficientes. O fato de incorporar a loucura no conceito de deficiência não gera uma banalização do tema, mas sim no sentido de ampliação da atenção mais geral para populações que historicamente sofrem desigualdades, para que assim as demandas de ambas sejam tratadas com equidade com vistas à garantia de justiça social.

Por fim em relação ao trabalho desenvolvido na área da saúde mental deve-se levar em consideração que é necessário aprofundar discussões referentes às ações profissionais no campo. É um campo de muitos desafios assim como qualquer outro campo de intervenção do serviço social, que na sua atuação necessita da articulação das dimensões técnico-operativas, orientadas pelas dimensões teórico-metodológicos e ético-políticas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, Zenaide Neto. Sistema Único de Saúde. Antecedentes, percurso, perspectiva e desafios. São Paulo: Martinari. 2011.

ALVES, Carlos Frederico de Oliveira. et. al. Uma Breve História da Reforma Psiquiátrica. Estudo realizado na Pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento/UFPE, Recife, Brasil. 2009.

BARBOSA, Livia; DINIZ, Débora; SANTOS, Wederson. Diversidade corporal e perícia médica no Benefício de Prestação Continuada. In: DINIZ, Débora; MEDEIROS, Marcelo; BARBOSA, Livia. (Orgs.). **Deficiência e igualdade**. Brasília: Letras Livres: Editora Universidade de Brasília. 2010. p.248.

BELEI, Renata Aparecida. et. al. *O uso de entrevista, observação e videogravação em pesquisa qualitativa*. R. Cadernos de Educação, Pelotas [30]: 187 – 199. 2008.

BEVIAN, Elsa Cristine; ASSMANN, Selvino (2012). O adoecimento do trabalhador. In: CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR EM SOCIAIS E HUMANIDADES. Niterói, Rio de Janeiro: ANINTER-SH/ PPGSD-UFF, 03 a 06 de setembro de 2012.

BRASIL. Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência e protocolo facultativo à convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência. Brasília: Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (Corde). 2007.

_____. *Constituição Federal de 1988*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 12 de julho de 2013.

_____. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Disponível em: <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1991/8213.htm>. Acesso em: 12 de julho de 2013.

_____. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Lei Orgânica da Assistência Social. Dispõe Sobre a Organização da Assistência Social e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18742.htm. Acesso em 12 de julho de 2013.

_____. Lei nº 8.899, de 29 de junho de 1994. Concede passe livre às pessoas portadoras de deficiência no sistema de transporte coletivo interestadual. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18899.htm. Acesso em 12 de julho de 2013.

_____. Lei nº 12.435, de 6 de julho de 2011. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõem sobre a organização da Assistência Social. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/L12435.htm. Acesso em: 12 de julho de 2013

_____. Ministério da Saúde. Lei n. 10.216. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, seção 1. 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil**. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília. 2005.

_____. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas estratégicas. Série F. Brasília: Comunicação e Educação em Saúde. 2004.

_____. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Cartilha de orientação em saúde mental – Um caminho para a inclusão. Brasília: Subsecretaria de Atenção à saúde. Gerência de Enfermagem. 2009.

BISNETO, José Augusto. **Serviço social e saúde mental: uma análise institucional da prática**. 3. ed. – São Paulo: Cortez. 2011. p.221.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o Debate. In. MOTA, Ana Elisabete et.

al. (Orgs.). *Serviço Social e saúde; Formação e Trabalho Profissional*. ABEPSS/OPAS. 2006.

BUSSULA, Danila Aparecida; OLIVEIRA, Dayane Aparecida Lacerda; VOLPATO, Luci Martins Barbatto. O trabalho do Assistente Social junto aos portadores de transtorno mental e sua respectiva família. In: V ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA – ETIC. vol. 5. No. 5. 2009

CANGUILHEM, Georges. O normal e o Patológico. 2ª ed. – Rio de Janeiro: Forense Universitária. 1982. p. 95-116.

CARDOSO, Maria de Fátima Matos. *Reflexões sobre Instrumentais em Serviço Social: Observação sensível, entrevista, relatório, visitas e teorias de base no processo de intervenção social*. São Paulo: LCTE Editora. P. 24-29 / 31-37 / 59-75. 2008.

DINIZ, Débora. **O que é deficiência**. São Paulo: Brasiliense. (Coleção Primeiros Passos; 324). 2007. p. 89

DINIZ, Débora; BARBOSA, Livia; SANTOS, Wederson. Deficiência, direitos humanos e justiça. In: DINIS, Débora; SANTOS, Wederson (Orgs.). **Deficiência e Discriminação**. Letras Livres: Editora Universidade de Brasília. 2010. 286p.

DINIZ, Débora; MEDEIROS, Marcelo; BARBOSA, Livia. (Orgs.). **Deficiência e igualdade**. Brasília: Letras Livres: Editora Universidade de Brasília. 2010. p. 248.

FERRAREZI JUNIOR, Celso. **Guia do trabalho Científico: do projeto à redação final: monografia, dissertação e tese** – São Paulo: Contexto. 2011.

FOUCAULT, Michael. **Doença Mental e Psicologia**. (3ª Ed.) Rio de Janeiro: tempo brasileiro. 1988.

FOUCAULT, Michael. **Microfísica do Poder**. (29ª reimpressão) Organização, Introdução e Revisão de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal. 1979.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. Editora Perspectiva. 1961.

IAMAMOTO, Marilda Villela. A Questão Social no Capitalismo. In: TEMPORALIS/ Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Ano 2, n.3. Brasília: ABEPSS, Grafline. 2001. p. 88.

_____. As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no Serviço Social contemporâneo. In: MOTA, A. E. et. al. **Serviço Social e Saúde**. São Paulo: OPAS, OMS, Cortez. 2006.

LOURENÇO, Edivania Angêla de Souza. O mundo do trabalho adoece. Ano II – Número 3. Revista da RET (Rede de Estudos do Trabalho). 2008.

MARX, Karl. **O capital: crítica da economia política**. (4ª Ed.) Livro Primeiro, volume I. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira S.A. 1968

MEDEIROS, Marcelo; DINIZ, Débora; BARBOSA, Livia (2010). Deficiência e Igualdade: o desafio da proteção social. In: DINIZ, Débora; MEDEIROS, Marcelo; BARBOSA, Livia. (Orgs.). **Deficiência e igualdade**. Brasília: Letras Livres: Editora Universidade de Brasília. 2010. p.248.

MENDES, Eugênio Villaça. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec, 1996. Cap. 4, p. 133-258.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Pesquisa social: teoria, métodos e criatividade/ Suely Ferreira Deslandes, Romeu Gomes; Maria Cecília de Souza Minayo (organizadora). 29. Ed. – Petrópolis, RJ: Vozes. 2010.

MIOTO, Regina C. Tamasso; NOGUEIRA, Vera Ribeiro. Serviço Social e Saúde – desafios intelectuais e operativos. In. *Ser Social*, UnB, V. 1, n. 2, Brasília. 1998.

MIOTO, Regina C. Tamasso. Estudos Socioeconômicos. In. CFESS/ABEPSS (Orgs.). **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. 2009. p. 481-496.

MIOTO, Regina C. Tamasso. Orientação e acompanhamento social a indivíduos, grupos e famílias. In. CFESS/ABEPSS (Orgs.). **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. 2009. p. 497-512.

MIRANDA, Valéria dos Santos Noronha; MENDONÇA, Albany; NUNES, Josely. Reflexões acerca das relações de trabalho x Geração de adoecimento na contemporaneidade. III Seminário Políticas Sociais e Cidadania. Salvador, Bahia. 24 a 26 de novembro de 2010.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo monopolista e serviço social**. 7ª ed. São Paulo: Cortez. 2009. p. 19-51.

SANTOS, Cláudia Mônica dos; NORONHA, Karine. O Estado da Arte sobre os Instrumentos e Técnicas na Intervenção Profissional do Assistente Social – uma Perspectiva Crítica. In: FORTI, Valeria; GUERRA, Yolanda. **Serviço Social: Temas, Textos e Contextos. Coletânea Nova de Serviço Social**. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris. 2010.

SANTOS, Wederson. Deficiência, desigualdade e assistência social: o Brasil e o debate internacional. In: DINIS, Débora; SANTOS, Wederson (Orgs.). **Deficiência e Discriminação**. Letras Livres: Editora Universidade de Brasília. 2010. 286p.

SANTOS, Wederson; DINIZ, Débora; PEREIRA, Natália. Deficiência e perícia médica: os contornos do corpo. In: DINIZ, Débora; MEDEIROS, Marcelo; BARBOSA, Livia. (Orgs.). **Deficiência e igualdade**. Brasília: Letras Livres: Editora Universidade de Brasília. 2010. 248p.

SANTOS, Wederson; PENALVA, Janaína. Renda, idade e corpo para o Benefício de Prestação Continuada. In: DINIZ, Débora; MEDEIROS, Marcelo; BARBOSA, Livia. (Orgs.). **Deficiência e igualdade**. Brasília: Letras Livres: Editora Universidade de Brasília. 2010. 248p.

SILVEIRA, Lia Carneiro; BRAGA, Violante Augusta Batista. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. Revista Latino-americana, Enfermagem. julho-agosto, 2005.p.591-595.

VASCONCELOS, Ana Maria. Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde. In: MOTA, Ana Elisabete. et. al. (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. ABEPSS/OPAS. 2006.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão; ROSA, Lucia Cristina dos Santos; PEREIRA, Ivana Carla Garcia; BISNETO, José Augusto; (Orgs.). **Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinariedade.** – 2. Ed. – São Paulo: Cortez. 2002.

ANEXOS

Anexo A: Parecer consubstanciado do CEP.